

EIN NEUER PSYCHIATRISCHER TESTBOGEN

(Versuch der Beurteilung von depressiven Patienten)

Dagmar-Christiane Rudolph

1973



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554601_0025

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München
Direktor: Prof. Dr. H. Hippius

EIN NEUER PSYCHIATRISCHER TESTBOGEN
(Versuch der Beurteilung von depressiven Patienten)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt
von
Dagmar-Christiane Rudolph, geb. Walther
aus München

München 1973

Mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. J. Kugler
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. H. Hippus
Dekan:	Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 17. Juli 1973



Meiner Familie
in tiefer Dankbarkeit

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I Einleitung	1
II Untersuchungsmethode	3
III Allgemeine Beobachtungen	
1. Anzahl der Patienten	4
2. Alters- und Geschlechtsverteilung	5
3. Beantwortungsmodus und benötigte Zeit	5
4. Behandlungsdauer	6
5. Zusammenfassung	6
IV Ergebnisse	
1. Beschreibung des Testbogens	6
2. Berechnungen	7
3. Differenzierung zwischen Normalpersonen und Patienten	7
4. Einteilung des "Depressiven Syndroms" in Untergruppen	12
V Diskussion	
Kolonne A	17
Kolonne B	21
Kolonne C	23
Kolonne D	26
Kolonne E	29
Kolonne F	31
Kolonne G	33
Kolonne H	35
Kolonne I	37
Kolonne K	39
VI Aussagezuverlässigkeit	41
VII Abschließende Betrachtung	46
VIII Zusammenfassung	47
IX Literaturverzeichnis	49
X Lebenslauf	51

I EINLEITUNG

Die Erkennung und Beurteilung von Geisteskrankheiten beruht auch heutzutage auf der traditionellen Klassifizierung der klinischen Erscheinungsbilder. Daher kommt es gerade hier bei der Diagnostik auf Einfühlungsvermögen, Erfahrung und Einsatz des behandelnden Arztes an, mehr als in der gesamten übrigen Medizin, wo bereits in größerem Umfang mit exakten naturwissenschaftlichen Methoden gearbeitet werden kann.

Die letztlich nur durch subjektive Eindrücke und von Gefühlen geleitete Untersuchungsmethode schafft Unsicherheit, welche noch verstärkt wird durch die in dauerndem Wandel befindliche Nomenklatur, in der sich wiederum fast jede Schule von der anderen unterscheidet.

So ist auch erklärlich, daß Ash et al. bei ihren Untersuchungen über Diagnosen und Einschätzungen bis zu 50 % Diskordanz beim gleichen Patientengut feststellten. Ebenso erging es Doering, der drei verschiedene Arbeiten über das selbe Krankengut untersuchte und zu einem ähnlichen Ergebnis kam.

Das Problem der Zuverlässigkeit bei psychiatrischen Diagnosen scheint wie eh' und je unverändert groß zu sein.

In neuerer Zeit wurde nun immer wieder der Versuch unternommen, auch in der Psychiatrie naturwissenschaftliche Maßstäbe und Methoden einzuführen. Es wurde zum Beispiel versucht, eine Änderung des Kathercholaminspiegels oder der Lithiumkonzentration für die Manifestation einer Depression verantwortlich zu machen. Sicher ist ein verändertes Stoffwechselgeschehen auch für die Entstehung von Geisteskrankheiten die Grundlage, doch sind wir mit unseren heutigen völlig unzureichenden Methoden noch nicht in der Lage, mit solchen Untersuchungen unsere Diagnose zu stützen.

Es zeigte sich nun mehr und mehr, daß es bei Erkrankungen der Psyche nötig ist, über das reine Beobachten der manifesten Symptomatik hinauszugehen und zu versuchen, vom Patienten selbst eine Darstellung seines Leidens zu erhalten. Dies mag einer der Gründe dafür sein, daß in den letzten Jahren das Interesse an der Selbstbeurteilung des Patienten zugenommen hat. Hierbei soll dem Kranken Gelegenheit gegeben werden, möglichst objektiv (besser ist vielleicht subjektiv vom Patienten aus gesehen) und unbeeinflußt von der Persönlichkeit des Arztes zu seinem Leiden Stellung zu nehmen.

Es hat sich offenbar weitgehend die Ansicht durchgesetzt, daß Selbsteinschätzung

des Patienten, kombiniert mit gewissenhafter ärztlicher Beobachtung zum besseren und tieferen Verständnis vieler psychopathologischer Erscheinungen beiträgt.

Seit 1894, als Castell den ersten Fragebogen in der Medizin eingeführt hatte, sind mannigfaltige Versuche unternommen worden, um ein allen Anforderungen gerechtes Modell zu entwickeln.

Das Resultat war eine fast unüberschaubare Anzahl von Vorschlägen, die sich im Detail als recht brauchbar erwiesen. Dennoch kann man leider nicht behaupten, daß ein idealer Bogen entstanden sei. Im großen und ganzen jedoch erwiesen sich derartige Tests in vielen Fällen als verwertbare Grundlage für ein vielversprechendes diagnostisches Verfahren.

Depression

Die Geschichte der Depression ist so lang und verwickelt wie die der Psychiatrie selbst. Schon aus frühester Zeit ist uns überliefert, wie die Melancholie, ein Begriff, den die alten griechischen Ärzte prägten, die Menschheit geplagt und die Aufmerksamkeit der Laien und Ärzte gleichermaßen erregt habe. Tatsächlich findet man bereits im Alten Testament (Buch Jakob) eine auch heute noch gültige und zutreffende Beschreibung der Depression.

Sehr viel später, im positivistischen Eifer des 19. Jahrhunderts, bemühte man sich um eine wissenschaftliche Beschreibung und Klassifizierung. Die Entdeckungen der Psychoanalyse in unserem Jahrhundert konzentrierten schließlich die Anstrengungen auf die Formulierung einer individuellen Psychodynamik. Allerdings brachte dies keinen Fortschritt bezüglich einer genaueren klinischen Definition.

In der Psychiatrie scheint es als gegeben angesehen zu werden, daß alles, was man über die Depression wissen könne, bereits entdeckt und ausführlich beschrieben sei.

Betrachtet man die einschlägigen Kapitel in vielen Lehrbüchern, so entdeckt man, daß diese kopiert werden von Buch zu Buch und Generation zu Generation. Im neuesten amerikanischen "Textbook of Psychiatrie" (Arieti 1960) zum Beispiel findet sich die fast wörtliche Übersetzung des alten Kraepelinschen Textes (1912).

Trotz (oder gerade vielleicht wegen) der Unbestimmtheit des Terminus ist "Depression" die am häufigsten gestellte Diagnose. Immerhin kann das Krankheitsbild eine Reihe anderer gleichzeitig bestehender verdecken oder seinerseits von anderen überlagert und maskiert werden.

Deswegen ist es um so verwunderlicher, daß trotz dieser Häufigkeit sehr wenige Untersuchungen durchgeführt werden, denkt man an die Intensität, mit der die Schizophrenie oder andere psychotische Störungen beforscht werden.

Offenbar lassen die stereotypen Klagen und Beschwerdekompexe die Nervenärzte in ihrer Aufmerksamkeit erlahmen. Sie verlassen sich wohl häufig auf die vom Patienten meist bereitwillig gelieferte Beschreibung seiner Symptome; in der Tat beginnt der Kranke sehr häufig das Gespräch mit der Klage, er sei depressiv.

Diese seine eigene Diagnose wird bestärkt durch Gesichtsausdruck, zögernde Bewegungen, Trockenheit des Mundes, gehemmtes Denken und anderes mehr. Ohne viel Mühe enthüllt sich dem Arzt nach einigen weiteren Fragen, daß die häufigsten Begleiterscheinungen einer Depression meist ebenfalls vorhanden sind.

Und so benennt der Arzt das Krankheitsbild in einigen wenigen Formulierungen, ebenso stereotyp und monoton wie die Patienten und kaum sich wandelnd von Fall zu Fall; er umschreibt es mit der Diagnose "Depressives Syndrom".

Es wird hier nun der Versuch unternommen, zur Hilfe für den Patienten und zur Erleichterung des Arztes zu klären, in wie weit eine Selbstbeurteilung des Kranken der Auflockerung des Gesprächs und der Annäherung an die wahre Problematik dienen kann.

II UNTERSUCHUNGSMETHODE

Das Patientengut besteht gänzlich aus Kranken der Universitätsklinik München, die bereits untersucht waren und deren Diagnose bekannt war; sie zeigten alle ein depressives Syndrom. Die Patienten sind weder nach Symptomen oder anderen möglicherweise geeigneten Gesichtspunkten ausgewählt, sondern lediglich nach dem Zeitpunkt ihrer stationären Aufnahme zwischen November 1969 und Februar 1971.

Patienten, bei denen sich im Lauf der Behandlung ein organisches Leiden als mögliche Ursache der Depression manifestierte, wurden nachträglich aus der Gruppe ausgeschlossen.

Am Tag der Aufnahme, in Ausnahmefällen auch am darauffolgenden Tag, wurde nach einem ausführlichen Gespräch, das sowohl das Vertrauen stärken als auch das Interesse für die Mitarbeit wachsen lassen sollte, der Fragebogen an die Pa-

tienten ausgehändigt, mit der Bitte um genaue und wahrheitsgemäße Ausfüllung. Im allgemeinen hatten die Kranken einige Stunden Zeit für diese Aufgabe, jedoch blieb die Rezensentin in erreichbarer Nähe, um eventuelle Unklarheiten zu bereinigen.

Bei 30 Patienten wurde drei bis vier Wochen nach der Aufnahme nach dem gleichen Modus ein zweiter Bogen angelegt; bei 19 Personen war dieser zugleich der Entlassungsbogen. Die restlichen Kranken füllten alle weiteren drei bis vier Wochen bis zu ihrer Entlassung einen Verlaufsbogen aus.

Um Vergleichsmöglichkeiten zu erhalten, wurde zwanzig nicht depressiven, gesunden Personen je ein Bogen zur Beantwortung vorgelegt.

III ALLGEMEINE BEOBACHTUNGEN

1. Anzahl der Patienten

Insgesamt waren 43 Personen zum Beantworten eines Fragebogens aufgefordert worden. 5 Patienten verweigerten die Mitarbeit. Die Gründe, soweit eruierbar, waren:

54jähriger Patient, endogene Depression: allgemeine Abneigung gegenüber Fragebögen; Patient war zu keiner Mitarbeit bereit.

49jährige Patientin, paranoide Depression: sie äußerte Befürchtungen, daß alles registriert und sie später zur Verantwortung gezogen würde.

42jährige Patientin, reaktive Depression: diese mußte zuerst den Ehemann um Erlaubnis fragen; die ihr dann angeblich, ohne nähere Erklärung, nicht erteilt wurde.

60jährige Patientin, Involutionsdepression: mit ihr war wegen völliger Hemmung und Apathie auch nach längerer Bemühung kein Kontakt möglich.

54jährige Patientin, Involutionsdepression: diese lehnte nach eingehender Betrachtung des Bogens die Mitarbeit wegen "Unzumutbarkeit" ab.

Von den verbleibenden 38 Patienten wurden insgesamt 87 Fragebogen ausgefüllt.

2. Alters- und Geschlechtsverteilung; sozialer Status

Tab. 1

Geschlecht	Anzahl	Durchschnittsalter	minimal	maximal
männlich	5	32,5	18	51
weiblich	33	48,1	15	68
gesamt	38	40,3	15	68

Tab. 2

Geschlecht	n	verh.	led.	verw.	gesch.	ev.	kath.	Berf.	Hausfr.
männlich	5	1	4	-	-	2	3	5	-
weiblich	33	18	7	5	3	10	23	14	19
gesamt	38	19	11	5	3	12	26	19	19

n = Anzahl

Berf. = Berufstätig

Hausfr. = Hausfrau

Wie Zung feststellen konnte, beeinflussen zumindest in den USA die verschiedenen Faktoren, die den sozialen Status bestimmen, das Ergebnis von psychologischen Tests oder Fragebögen in keiner Weise.

Um dies auch für Deutschland behaupten zu können, bedarf es allerdings noch vergleichender Untersuchungen.

3. Beantwortungsmodus und dazu benötigte Zeit

Tab. 3 Selbständigkeit bei erster Untersuchung

	Anzahl	Durchschnittsalter
selbständig	28	38,9 Jahre
mit Unterst.	10	48,5 Jahre

Tab. 4 benötigte Zeit bei 1. bis 4. Untersuchung

Untersuchung	1	2	3	4
n	38	30	11	8
t	23,7	19,8	16,0	14,5

n = Anzahl der Bögen

t = Zeit in Minuten

4. Behandlungsdauer

Tab. 5

Geschlecht	n	t	minimal	maximal
männlich	5	84,2	45	110
weiblich	25	72,4	22	141
gesamt	30	78,3	33,5	125,5

n = Anzahl der Patienten

t = Aufenthalt nach Tagen

5. Zusammenfassung

Das Patientengut besteht aus 5 männlichen und 33 weiblichen depressiven Kranken; das Durchschnittsalter liegt bei 40 Jahren. Die Mehrzahl der Patienten war in der Lage, den Bogen selbständig zu beantworten; diejenigen, die einer Unterstützung bedurften, waren im Durchschnitt um 10 Jahre älter; (der ausschlaggebende Punkt schien allerdings eine unterdurchschnittliche Intelligenz zu sein). Die für die Beantwortung benötigte Zeit lag zwischen 10 und 45 Minuten, (durchschnittlich 23 Minuten) bei erstmaliger Untersuchung.

IV ERGEBNISSE

1. Beschreibung des Testbogens

Untersucht wird ein Fragebogen der Firma "Hoffmann-La-Roche", der unter der Bezeichnung "Das standardisierte Fragebogeninterview" veröffentlicht wurde.

Das Ziel dieses Bogens ist es, in "Syndromaler Gruppierung Symptome diverser Geisteskrankheiten und Persönlichkeitsstörungen" zu beschreiben.

Die Skala besteht aus 174 Merkmalen (statements) in Form von suggestiven Behauptungen, die in 10 Gruppen (Kolonnen) unterteilt sind. Jede dieser Kolonnen (zur Vereinfachung hier bezeichnet mit den Buchstaben A bis K) soll einen bestimmten Symptomenkomplex erfassen. Der Patient muß bei jedem einzelnen dieser 174 Merkmale beurteilen, ob es für ihn zutrifft oder nicht.

Zur Kontrolle für die Zuverlässigkeit ist in jede Kolonne ein Merkmal eingestreut, das gemäß der Erklärung des Verfassers in der Regel von gesunden Normalpersonen bejaht wird.

Kolonne A beschreibt Depressivität	22 St
Kolonne B beschreibt Schuldgefühle und Versündigungsideen	19 St
Kolonne C beschreibt Angstgefühle	14 St
Kolonne D beschreibt Phobien	15 St
Kolonne E beschreibt Anankasmen	12 St
Kolonne F beschreibt Depersonalisationserscheinungen	18 St
Kolonne G beschreibt Halluzinationen und Beeinträchtigungsgefühle	18 St
Kolonne H beschreibt Verfolgungs- und Beziehungsideen	20 St
Kolonne I beschreibt Manie und Größenwahn	19 St
Kolonne K beschreibt diverse Persönlichkeitsstörungen	17 St

2. Berechnungen

In der vorliegenden Arbeit wurde zur mengenmäßigen Erfassung der positiven Antworten die Beschreibung in Prozentsätzen gewählt.

Die Ergebnisse können auf Grund des zahlenmäßig geringen Untersuchungsmaterials naturgemäß keinen Anspruch auf statistische Gültigkeit erheben.

Die Daten der Tabellen geben den jeweiligen Prozentsatz der diese Aussage (beziehungsweise den Aussagekomplex einer ganzen Kolonne) bejahenden Patienten an.

3. Differenzierung zwischen Normalpersonen und Patienten

Erlaubt der vorliegende Fragebogen, der einen Überblick über sämtliche psychiatrischen Erscheinungsbilder geben soll, die Erkennung eines Depressiven Syndroms?

Als erstes ist die Abgrenzung gegenüber dem Normalbefund:

Tab. 6 Vergleich der Gesamtpunktzahl von Patienten und Normalpersonen

	n	%	minimal	maximal
Patienten	32,2	17,4	4	86
Normalpersonen	15,5	8,9	3	30

n = durchschnittliche Punktzahl

% = Durchschnitt in Prozent der insgesamt möglichen Punkte

Bei erster Betrachtung differiert das Bild, das die Patienten bieten, nicht so stark von dem der Normalpersonen, wie man vermuten könnte. Aus dem aber noch deutlichen Unterschied läßt sich das Vorhandensein eines psychopathologischen Geschehens erkennen.

Um zu erfassen, in wie weit dies ein depressives ist, untersucht man die drei ersten Kolonnen allein, die die depressionsspezifischen sind.

Tab. 7 Vergleich der ersten drei Kolonnen

	n	%	minimal	maximal
Patienten	15,1	27,4	0,3	16
Normalpersonen	4,7	6,9	0,0	5

n = durchschnittliche Punktzahl

% = Durchschnitt in Prozent der insgesamt möglichen Punkte

Hierbei erhält man einen deutlich höheren Prozentsatz; dieser erlaubt das Vorhandensein eines depressiven Geschehens anzunehmen.

Außerdem kann dies als Hinweis gewertet werden, daß diese Skala nach der Häufung der einzelnen "Kreuze" beurteilt werden sollte, und nicht nach Gesamtpunktzahl oder einem Durchschnittswert.

Tab. 8 Überblick über die einzelnen Kolonnen

Kolonne	% bei Aufnahme	% Normalpersonen
A	33,5	7,5
B	23,1	8,9
C	26,2	10,1
D	19,5	8,3
E	22,8	26,2
F	17,1	5,9

Forts. Tab. 8

Kolonne	% bei Aufnahme	% Normalpersonen
G	7,1	3,9
H	12,5	6,3
I	6,3	7,3
K	5,8	7,9

Aufgeschlüsselt nach den einzelnen Kolonnen ergibt sich ein noch deutlicheres Bild; die höchste Differenz zeigen die ersten drei Kolonnen, die sich damit als deutlich demonstrativ für eine Depression erweisen.

Jedoch kann man ebenfalls erkennen, daß sich bei drei Kolonnen ein immerhin etwas höherer Wert für die Normalpersonen ergibt. Anankasmen, Größenwahn und andere diverse Persönlichkeitsstörungen kommen demzufolge bei zu Depressionen neigenden Personen weniger häufig vor, oder aber sie werden durch das Auftreten einer Depression verdeckt oder verdrängt.

Betrachtet man das Gesamtbild bei der Entlassung, so erhält man folgende Werte:

Patienten 13,4 %

Normalpersonen 8,9 %

Eine geringe Besserung ist zu verzeichnen, die Angleichung an den Normalzustand aber noch keineswegs gelungen.

Um ein wahres Bild über die spezielle Besserung der Depression zu erhalten, muß man wiederum die ersten drei Kolonnen gesondert betrachten.

Patienten 20,2 %

Normalpersonen 6,9 %

Die relative Besserung entspricht der über allen statements gemittelten und so liegt der Status bei Entlassung auch für die spezielle Einschätzung depressiver Symptomatik noch weit über dem Normalniveau.

Auch bei Betrachtung der einzelnen Kolonnen ergibt sich das paradox erscheinende Bild, daß in wiederum drei Kolonnen die Quote der Patienten niedriger ist als die der gesunden Normalpersonen. Wieder sind Kolonne E und I beteiligt, K ist allerdings verschwunden und dafür B ins Bild gerückt.

Bei der genauen Analyse der Kolonnen wird auf dieses Phänomen noch einmal zurückzukommen sein.

Tab. 9 Überblick über die einzelnen Kolonnen bei Entlassung

Kolonne	% bei Entlassung	% Normalpersonen
A	35,5	7,5
B	8,2	8,9
C	24,2	10,1
D	19,3	8,3
E	19,7	26,2
F	8,4	5,9
G	5,6	3,9
H	7,3	6,3
I	2,7	7,3
K	12,7	7,9



ENTLASSUNG



Die Symptomatik eines Depressiven Syndroms ist aus dem Fragebogen erkennbar. Ist es nun möglich, diesen Befund auch quantitativ zu erheben, d. h. zu erkennen, wie schwerwiegend das Krankheitsgeschehen ist?

Mit Hilfe der Krankengeschichten und des behandelnden Arztes wurden die pathologischen Erscheinungen sämtlicher Patienten in drei Schweregrade eingeteilt.

Tab. 10

Schweregrad	Normp.	leicht	mittelschwer	schwer
n	20	4	16	18
% Gesamt	9,2	10,0	16,4	20,0
% A/B/C	8,8	14,1	21,9	33,9

n = Anzahl

Im Vergleich mit den Zahlen der Normalpersonen lassen die Gesamtwerte wie auch ganz besonders die depressiv-spezifischen Punktzahlen eine ungefähre Bestimmung des Schweregrades zu.

4. Einteilung des Depressiven Syndroms in Untergruppen

Da die Skala nicht nur Auskunft über depressive Züge des Patienten geben, sondern auch eine Paranoia, Neurose oder Schizophrenie, wenn vorhanden, aufdecken soll, liegt es nahe, sich um eine nähere Aufsplitterung des sich als zu allgemein erweisenden Begriffes zu bemühen.

Das Patientengut von 38 Depressiven läßt sich den Krankengeschichten zufolge in sieben Untergruppen aufgliedern; im weiteren Verlauf der Darstellung werden die hier vorgestellten Abkürzungen verwendet werden.

Die sieben Diagnosen gliedern sich:

Diagnose	n	%	Alter	Abkürzung
Involutionsdepression	7	= 18,4	58,1	I
Endogene Depression	6	= 15,8	37,0	E
Reaktive Depression	7	= 18,4	51,0	R
Manisch-Depressive Psychose	4	= 10,5	40,5	M
Neurotische Depression	6	= 15,8	34,0	N
Paranoide Depression	4	= 10,5	46,5	P
Hypochondrische Depression	4	= 10,5	50,0	H

n = Anzahl der Patienten

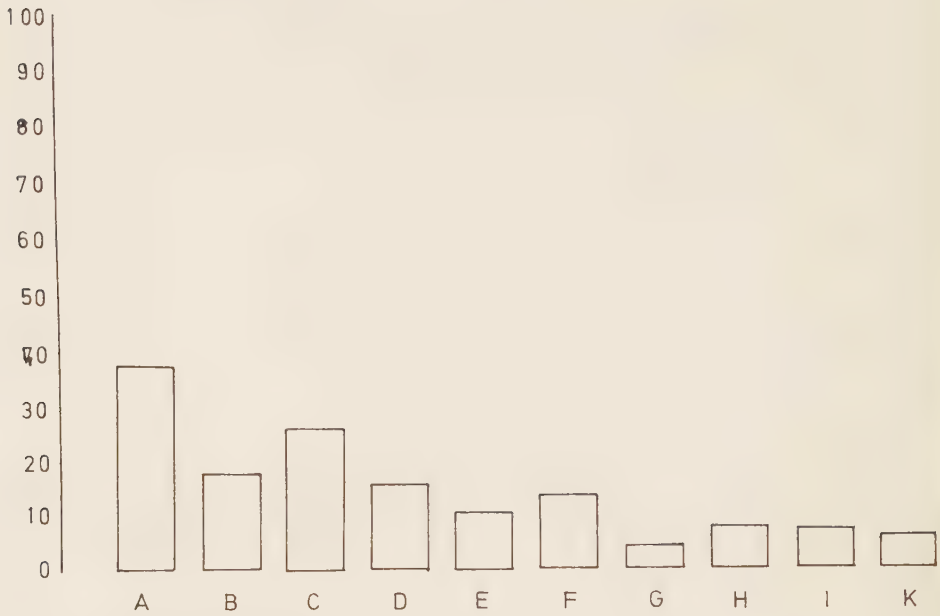
% = prozentualer Anteil

Die nachfolgenden Abbildungen geben die graphische Darstellung der prozentualen Beantwortungsfrequenz dieser sieben Untergruppen wider.
Auf die speziellen Unterschiede wird bei der Besprechung der einzelnen Kolonnen näher eingegangen.

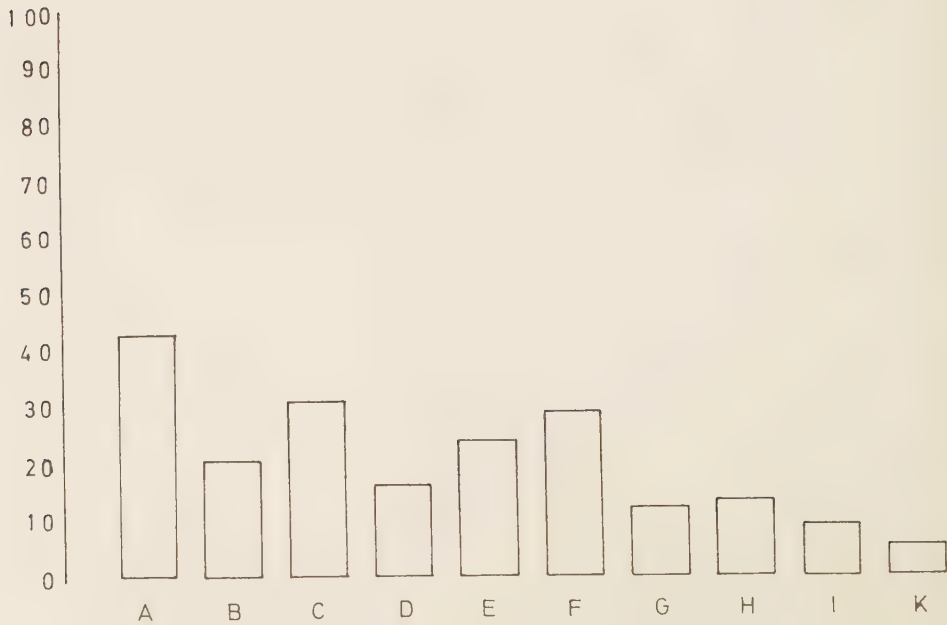
MANISCH-DEPRESSIV



INVOLUTIONS DEPRESSION



ENDOGEN-DEPRESSIV



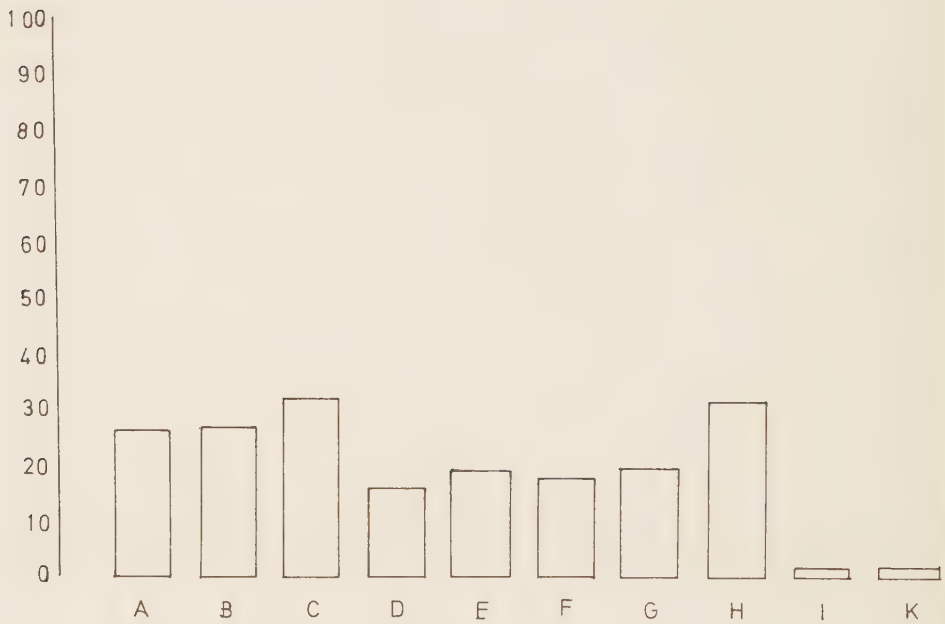
REAKTIV-DEPRESSIV



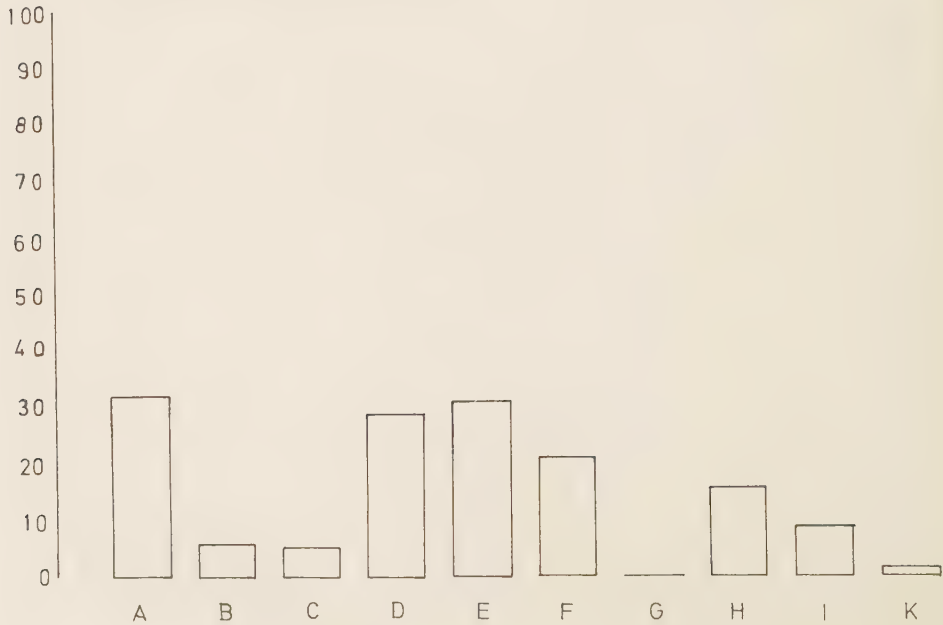
NEUROTISCH-DEPRESSIV



PARANOID-DEPRESSIV



HYPOCHONDRISCH-DEPRESSIV



V DISKUSSION

1. Betrachtung der einzelnen Kolonnen

Kolonne A

Behandelt werden alle statements mit Ausnahme der jeweiligen Kontrollmerkmale, denen eine Sonderstellung gebührt, auf die immer am Ende der Teilbesprechung eingegangen wird. Kontrollstatement ist hier St 5.

Auf den ersten Blick fällt der hohe Prozentsatz bejahter Merkmale auf: Durchschnitt 33,5 %. Dies erscheint leicht erklärlich daraus, daß jedes dieser hier aufgeführten St eine Facette des "Zustandes permanenter Bedrücktheit" repräsentiert und der klassische Patient sich erkannt fühlen muß, wie dies eine Patientin folgendermaßen ausdrückte: "Da ist jemand in mich hineingekrochen, so genau stimmt alles bei mir."

Offenbar schüchtert die Erkenntnis der Objektivierbarkeit des Zustandes, an dem er leidet, den Patienten nicht ein, sondern läßt ihn im Gegenteil Geborgenheit im ärztlichen Verständnis finden und so vielfach überraschend kooperativ werden.

Die statements selbst sind alle einfach gestaltete, leicht verständliche Aussagesätze; zu den meisten nahmen die Kranken problemlos Stellung.

Bei der Aufnahme wurden von den Patienten 33,5 % aller St bejaht; von den Normalpersonen 7,5 %.

Das Verhältnis 4,5 zu 1 zeigt eindeutig ein psychopathologisches, in diesem Fall depressives Zustandsbild an. Am besten scheinen die Merkmale 1, 17, 19 und 20 das subjektiv Erlebte zu treffen; sie wurden von der Hälfte der Patienten bejaht.

Von St 1, das in seiner Einfachheit und Deutlichkeit jeden depressiven Kranken ansprechen sollte, mag man einen noch höheren Wert als 45 % erwarten, zumal hier noch nicht mit Ermüdungserscheinungen zu rechnen ist. Allerdings ist zu bedenken, daß ein Patient, der sich in einer depressiven Phase befindet und die gewaltige Anzahl von 174 Merkmalen vor sich sieht, von dem Gedanken an die Erfüllung dieser Aufgabe bedrängt ist; dies mag zu einer gewissen Unsicherheit und Flüchtigkeit führen. (Der Bitte, die bei Aushändigung des Bogens jedesmal geäußert wurde, nämlich den gesamten Bogen vor Beantwortung erst einmal durchzulesen, wurde in den seltensten Fällen entsprochen.)

Den oben erwähnten statements gemeinsam ist, daß sie nicht die am stärksten

bedrängenden Symptome beschreiben, wohl aber diejenigen, die zu den "klassischen" zählen. In diesem Zusammenhang ist auffallend, daß St 10 (schlechter Schlaf) und St 18 (Tagesschwankungen), die ebenfalls zu den wichtigsten Symptomen gehören, nur von einem Drittel verifiziert werden.

Ganz besonders weicht die Quote bei St 12 (Appetitlosigkeit) von den Erwartungen ab; hier zeigt sich möglicherweise der Nachteil des nur geschriebenen Wortes, das die "Reizschwelle" des Patienten nicht erreicht, im Gegensatz zu einer persönlichen "lautstarken" Exploration. Ferner mag angesichts solch auch subjektiv schwerwiegender Aussagen wie suicidalen Tendenzen Appetitlosigkeit vom Patienten als zu banal übersehen werden.

St 6 (mein Kopf ist völlig leer) ist das einzige Merkmal, das wohl am häufigsten mißverstanden wurde, obwohl es von denjenigen, die es für zutreffend halten, als ein äußerst bedrängendes und beängstigendes Symptom beschrieben wird. Vielleicht liegt es an der sprachlich ungeschickten Formulierung, die St 6 zu demjenigen mit dem geringsten Aussagewert macht (völlig - leer).

Eine zur Abgrenzung der verschiedenen Depressionsuntergruppen verwendbare Differenzierung der Antworten hat sich nicht ergeben.

Tab. 10 Besserung

Patienten	Aufnahme 33,5 %	Entlassung 25,5 %
Normalpersonen		7,5 %

Die bei Entlassung zumindest klinisch als gebessert zu betrachtenden Patienten können gemäß Skala noch keinen Vergleich mit dem normalen Niveau eingehen.

Welche Symptome ändern sich während der Behandlung am auffälligsten? Die Merkmale 2, 7, 9, 11, 17 und 21 weisen eine deutliche Verminderung ihrer Antworten auf. Hier decken sich klinischer Befund und Ergebnis des Fragebogens. Gerade die hier angesprochenen Symptome sind in der Praxis wichtige Kriterien zur epikritischen Betrachtung (Dynamische Konkordanz).

St 6 und 18 werden bei der Entlassung häufiger bejaht. Das Symptom Tagesschwankung scheint während eines stationären Aufenthaltes nicht besserungsfähig zu sein, es manifestiert sich im Gegenteil deutlicher nach Abklingen der stärker bedrängenden Beschwerden. Eine höhere Quote ist hier also kein Widerspruch, sondern die Bestätigung einer partiellen Besserung.

St 19 und 20, die beide sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung äußerst bereitwillig bejaht werden, müssen zur Beurteilung unbedingt an den mit Gesunden gewonnenen Kontrollwerten gemessen werden. Letztere liegen mit 20 % ihrerseits

sehr hoch, was bedeutet, daß es sich wohl nicht um ausgesprochene psychopathologische Symptome handeln kann. Es erweist sich also, daß man ebenso wie bei einer Exploration nicht erwarten kann, jedes einzelne Symptom, und sei es noch so klassisch, bei jedem Patienten zu finden.

Wenn man dies bedenkt, ergibt die Auswertung unserer Kolonne doch ein dem klinischen Befund recht entsprechendes Bild.

Konkordanz

Zur Feststellung der Validität werden die vom Patienten bei stationärer Aufnahme beschriebenen Symptome mit den Befunden des behandelnden Arztes und den Aufzeichnungen in der Krankengeschichte verglichen.

Dabei ergibt sich eine gute Übereinstimmung zwischen Beobachtungen des Arztes und Beschreibung seitens des Kranken für folgende Merkmale: 2, 7, 9, 15, 17, 18, 19, 20 und 21; d. h. diese Symptome finden sich in etwa dem selben Verhältnis in Krankengeschichte und Testbogen (statische Konkordanz). Generell aber ist feststellbar, daß bei einem mündlichen Interview numerisch mehr Symptome vorgetragen werden als auf einer Skala angekreuzt. (Vergleiche Absatz 1 Seite 17) Ganz auffällig ist dies bei St 12 und 14, die nicht annähernd die erwarteten Werte erreichen, d. h. diejenigen, die bei einem mündlichen Interview gefunden wurden.

Kontrollmerkmal St 5

Zur Feststellung der Zuverlässigkeit ist die "Kontrollfrage" bestimmt.

Tab. 11

Patienten	Aufnahme 79,0 %	Entlassung 83,5 %
Normalpersonen	65,0 %	

Die gesunden Vergleichspersonen, die laut Verfasser diese Aussage in der Regel verifizieren, verhalten sich in der vorliegenden Untersuchung nicht erwartungsgemäß. Dagegen ist die von den Patienten erreichte Quote sehr hoch und zeigt eine gute Verlässlichkeit ihrer Aussagen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß Kolonne A eine für die Patienten gute Zuverlässigkeit zeigt; die Differenzierung zwischen Kranken und Normalpersonen deutlich, die Erkennung eines depressiven Geschehens ohne Schwierigkeiten möglich ist.

Nachfolgende Tabelle zeigt die Bewertung durch die verschiedenen Untergruppen bei Aufnahme (M, I, E, R, N, P, H) im Vergleich zu der Gesamtbeantwortung bei Aufnahme und Entlassung und dem Ergebnis der Kontrollgruppe.

Tabelle I

Kolonne A

St	M	I	E	R	N	P	H	D _A	D _E	N
1	50,0	28,6	50,0	57,0	33,3	50,0	50,0	45,4	33,2	0,0
2	0,0	43,0	33,3	43,0	33,3	50,0	25,0	30,1	13,3	0,0
3	0,0	28,6	33,3	28,6	0,0	25,0	50,0	24,0	13,3	5,0
4	25,0	28,6	50,0	0,0	0,0	25,0	0,0	18,2	13,3	5,0
5	100,0	71,0	83,0	71,0	83,0	50,0	75,0	79,0	83,5	65,0
6	0,0	14,3	33,3	0,0	0,0	0,0	25,0	10,2	16,7	5,0
7	50,0	86,0	50,0	57,0	33,3	25,0	25,0	46,5	30,0	0,0
8	25,0	14,3	50,0	28,6	0,0	50,0	50,0	31,0	20,0	0,0
9	25,0	43,0	50,0	0,0	50,0	25,0	50,0	36,1	13,3	0,0
10	25,0	43,0	33,3	14,3	50,0	25,0	50,0	34,2	33,2	0,0
11	50,0	57,0	66,6	43,0	33,3	0,0	25,0	39,0	23,2	0,0
12	25,0	14,3	16,5	0,0	16,5	25,0	0,0	14,0	13,3	0,0
13	25,0	14,3	16,5	28,6	16,3	25,0	0,0	17,7	13,3	0,0
14	25,0	43,0	50,0	28,6	16,5	25,0	25,0	27,4	26,7	0,0
15	25,0	57,0	66,6	28,6	33,3	25,0	0,0	33,2	26,7	10,0
16	25,0	14,3	16,5	28,6	0,0	0,0	50,0	19,1	10,0	0,0
17	25,0	71,5	73,0	43,0	73,0	50,0	50,0	57,0	40,0	5,0
18	50,0	14,3	16,5	71,5	16,5	25,0	75,0	38,1	43,5	5,0
19	50,0	43,0	50,0	71,5	50,0	25,0	25,0	46,2	33,2	20,0
20	50,0	43,0	50,0	57,0	73,0	25,0	25,0	43,2	40,0	20,0
21	25,0	43,0	50,0	28,6	16,5	25,0	50,0	33,8	10,0	10,0
22	25,0	14,3	16,5	14,3	33,3	0,0	0,0	14,7	13,3	15,0
G	31,8	37,6	43,2	33,8	29,6	26,1	32,9	33,5	25,5	7,5

D_A = Durchschnitt bei Aufnahme

D_E = Durchschnitt bei Entlassung

N = Normalpersonen

Kolonne B

Die 19 Merkmale dieser Kolonne beschreiben in leicht verständlicher Formulierung die verschiedenen Aspekte des Schuldgefühls. In der Literatur findet diese symptomatische Komponente allerdings meist nur als Randbemerkung Erwähnung. Hier fällt ganz deutlich ein Unterschied zur angelsächsischen Literatur auf, wo sich die Autoren in stärkerem Maß mit dieser Frage beschäftigen.

Es werden bei stationärer Aufnahme 17,6 % aller statements bejaht; die Normalpersonen erreichen einen Wert von 8,9 %. Das Vorhandensein eines psychopathologischen Zustandes ist erkennbar; Versündigungsideen sind also bei depressiven Patienten häufiger als bei gesunden Vergleichspersonen. Im allgemeinen bestätigt sich auch die Beobachtung, daß Schuldgefühle göttlichen Instanzen gegenüber deutlich hinter dem Selbstvorwurf schuldhafter Versäumnisse sozialetischer Pflichten zurücktreten.

Von mehr als einem Drittel wird St 10 bejaht; daraus ist das Kausalbedürfnis der Kranken auch bei psychischen Erkrankungen sehr gut erkennbar; bestätigt wird dies auch durch die niedrige Quote der nächsten Aussage (Schuld ohne eigenes Verschulden).

Die statements 1, 7, 9 und 14 betonen durch ihre "Erfolgsquote" die relative Häufigkeit des Schuldkomplexes bei einer Depression.

Trotz der weiten Verbreitung dieser "mäßigen" Schuldgefühle sind äußerst pessimistische Aussagen und Selbstentäußerungsgedanken selten (St 2, 8, 12, 19).

Versündigungsideen werden, wenn überhaupt, paranoiden, reaktiven und endogenen Depressionen zugeschrieben. Solche Vorstellungen werden durch die hier erhaltenen recht hohen Werte in den genannten drei Untergruppen bestätigt. Stellt man also bei erster Durchsicht eines Bogens eine relative Häufung der bejahten Aussagen in dieser Kolonne fest, so ist der Verdacht auf ein Krankheitsgeschehen dieser Genese gerechtfertigt.

Tab. 12 Besserung

Patienten	Aufnahme 17,6 %	Entlassung 8,2 %
Normalpersonen		8,9 %

Zur subjektiven Besserung des Patienten gehört auch die Abnahme der Versündigungsgedanken und Schuldkomplexe. Die Besserung gemäß des Testbogens ist optimal, da das Kontrollniveau erreicht ist. Hier spiegelt die Skala recht eindrucksvoll den klinischen Eindruck wider.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß die St 7, 13 und 14 von fast einem Viertel der Normalpersonen verifiziert werden; daß diese Aussagen nicht unbedingt eine von der Norm abweichende Situation repräsentieren.

Konkordanz

Wiederum zeigen die am häufigsten bejahten Merkmale auch die größte Übereinstimmung mit den Aufzeichnungen der Krankengeschichten.

Diejenigen mit deutlich geringerer Beantwortung scheinen auch weniger bedeutsam im diagnostischen Rahmen zu sein; sie sind im Krankenblatt kaum je auffindbar.

Kontrollmerkmal St 16

Tab. 13

Patienten	Aufnahme 30,5 %	Entlassung 30,0 %
Normalpersonen	75,0 %	

St 16, das von den Vergleichspersonen zufriedenstellend bejaht wird, scheint die Patienten nicht in diesem Maße anzusprechen. Das mag wiederum daran liegen, daß dieser Aussage im Vergleich zu vielen anderen in dieser Kolonne eine verhältnismäßig geringe Wertigkeit zukommt; und die Kranken vielleicht unbewußt dadurch Akzente zu setzen versuchen, daß sie derartige Aussagen übergehen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß Kolonne B ausreichend zwischen gesunden und kranken Personen differenziert; die Zuverlässigkeit laut Kontrollmerkmal ist für die Patienten gering; diagnostische Untergruppen lassen sich abgrenzen.

Tabelle II

Kolonne B

St	M	I	E	R	N	P	H	D _A	D _E	N
1	0,0	14,3	33,3	71,5	16,7	25,0	0,0	22,9	3,3	5,0
2	0,0	14,3	16,5	28,6	0,0	25,0	0,0	12,3	0,0	0,0
3	0,0	0,0	16,5	14,3	16,7	25,0	0,0	10,9	0,0	0,0
4	0,0	14,3	16,5	0,0	16,7	25,0	0,0	10,9	0,0	0,0

Forts. Tab. II

St	M	I	E	R	N	P	H	D _A	D _E	N
5	0,0	14,3	33,3	28,6	0,0	25,0	0,0	14,2	3,3	5,0
6	0,0	14,3	16,5	14,3	0,0	25,0	0,0	10,6	3,3	0,0
7	25,0	28,6	33,3	71,5	16,7	25,0	0,0	28,5	30,0	20,0
8	0,0	14,3	0,0	28,6	16,7	25,0	0,0	10,9	6,7	5,0
9	50,0	14,3	33,3	28,6	16,7	50,0	0,0	28,2	33,2	5,0
10	50,0	28,6	50,0	57,2	16,7	50,0	0,0	37,9	33,2	10,0
11	0,0	28,6	50,0	14,3	0,0	25,0	0,0	17,2	6,7	0,0
12	0,0	28,6	50,0	14,3	16,7	25,0	25,0	24,2	6,7	0,0
13	0,0	14,3	0,0	28,6	0,0	25,0	0,0	9,6	6,7	20,0
14	25,0	28,6	0,0	28,6	16,7	25,0	25,0	24,3	13,3	25,0
15	0,0	14,3	0,0	14,3	0,0	25,0	0,0	7,5	0,0	0,0
16	0,0	14,3	16,5	14,3	0,0	25,0	0,0	10,0	3,3	0,0
17	50,0	28,6	0,0	43,0	16,7	50,0	25,0	30,5	30,0	75,0
18	0,0	28,6	16,5	14,3	0,0	25,0	0,0	12,3	0,0	0,0
19	0,0	14,3	33,3	14,3	0,0	0,0	25,0	12,6	6,7	0,0
G	10,5	18,6	20,9	28,9	8,8	27,6	5,3	17,6	8,2	8,9

Kolonne C

Die 14 Merkmale dieser Gruppe entwerfen ein Mosaik von Angstsituationen und ängstlichen Empfindungen, wie sie zu einem gewissen Grade auch bei Normalen angenommen werden dürfen. So wird man bei depressiven Patienten von vornherein mit zahlreichen Bestätigungen rechnen dürfen.

Bei der stationären Aufnahme werden 26,2 % von den Patienten, 10,1 % von den Normalpersonen bejaht.

Erwartungsgemäß ist ein deutlicher Unterschied zwischen Kranken und gesunden Kontrollpersonen feststellbar, wobei analog obiger Überlegung die Kontrollwerte überdurchschnittlich hoch ausfallen.

Die neurotischen, reaktiven, paranoiden und endogenen Depressiven erreichen erstaunlich hohe Werte. Hier spielt das Problem Angst sichtlich eine zentrale Rolle; Involutions- und manisch-depressive Psychosen liegen nur im Durchschnittsbereich. Als nicht von Angstgefühlen geplagt erscheinen die hypochon-

drischen Depressiven; bei diesen sind 5,4 % durchaus erwartungsgemäß. Interessant ist die "chiasmatische" Beantwortung von St 4 und 8 durch die verschiedenen Depressionstypen: Die endogenen depressiven Patienten betonen zu zwei drittel ihre Angst vor der Zukunft (St 4), dagegen wird St 8, das hilflose Eingeständnis persönlicher Überängstlichkeit, nur von halb so vielen Patienten bejaht. Genau umgekehrt ist das Verhältnis bei Kranken mit Involutions- oder neurotischer Depression, die resigniert die Angst als ihr Lebensschicksal anerkennen, so daß der "Spezialfall" Zukunftsangst nicht mehr so deutlich bewußt wird.

Symptome wie sie in den St 3, 6, 7, 14 geschildert werden, die im allgemeinen bei einer Depression erwartet und auch gefunden werden, scheinen bei einer Selbsteinschätzung des Patienten nicht so deutlich in den Vordergrund zu treten: immerhin werden sie von einem knappen Drittel positiv beantwortet.

Verwundern mag ebenfalls, daß St 2, ganz besonders aber St 11 gerade nur im Durchschnittsbereich liegen; denn gerade das Problem des Alleinseins wird ganz besonders häufig genannt. Im Moment der Aufnahme ins Krankenhaus, inmitten des fürsorglichen Interesses von Pflegepersonal und behandelnden Ärzten, nicht zuletzt auch durch die Aufmerksamkeit, die ein Neuankömmling bei den Mitpatienten genießt, verliert dieses Problem an Aktualität; im Testbogen durch die niedrige Quote deutlich erkennbar.

Eindrucksvoll erscheint die Verifizierung von St 10 durch die paranoiden Depressionen; man könnte dies fast als pathognomonisches Zeichen werten.

Tab. 14 Besserung

Patienten	Aufnahme 26,2 %	Entlassung 24,2 %
Normalpersonen		10,1 %

Die Entlassungsquote ist immer noch beträchtlich hoch, so daß man bei dieser geringen Änderung kaum noch von Besserung sprechen kann. Einige Merkmale werden bei der Entlassung sogar zu höheren Anteilen bejaht als bei stationärer Aufnahme.

Daß z. B. St 5 um die Hälfte zunimmt, mag darin eine Erklärung finden, daß die bevorstehende Konfrontation mit der häuslichen, d. h. mit der alten persönlichen Problematik auch die alte, bereits fast vergessene Symptomatik wieder stärker erinnern läßt. Bei St 11, das bei Aufnahme durch seine relativ niedrige Quote überraschte, mag die Aussicht auf die zwar vertraute häusliche Umgebung deshalb beängstigend und erschreckend erscheinen, weil sie nach der Geborgenheit

und dem häufig recht intensiven Kontakt zu den Mitpatienten in der Klinik um so einsamer und verlassenener empfunden wird.

Generell kann man wohl sagen, daß das Angstgefühl tiefer und therapieresistenter ist als allgemein angenommen wird; es läßt sich auch bei wochenlanger stationärer Betreuung kaum bessern; bei der Entlassung wird ihm auch nur äußerst selten ausreichende Aufmerksamkeit gewährt.

Konkordanz

Die Merkmale 3, 4, 6, 7, 8, 14 zeigen große Übereinstimmung mit den in den Krankengeschichten dargestellten Symptomen; gleichzeitig sind sie wiederum die am zahlreichsten beantworteten dieser Kolonne. Das Ergebnis des Fragebogens fällt allerdings im Gesamten dürftiger aus als das der herkömmlichen Anamnese; dieses weist auch bei den hier vernachlässigten Feststellungen größere Zahlen auf. Hier trifft sicherlich wieder zu, was schon öfters gesagt wurde: bei mündlicher Exploration ist die Aufnahmereizschwelle leichter zu erreichen.

Kontrollmerkmal St 9

Tab. 15

Patienten	Aufnahme 56,3 %	Entlassung 60,0 %
Normalpersonen	80,0 %	

Die Zunahme ist sicherlich noch zu gering, um als gültiges Besserungszeichen gewertet zu werden.

Ganz allgemein, und hier besonders auffällig, scheinen die Kontrollmerkmale zu stark vom Schema der übrigen abzuweichen, so daß die Patienten möglicherweise an der Formulierung unbewußt Anstoß nehmen, was zu unzuverlässiger Beantwortung führen könnte.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß Kolonne C zwischen Patienten und Normalpersonen differenziert; die Zuverlässigkeit gemäß Kontrollmerkmal nicht ausreichend ist; daß die Feststellung des Vorhandenseins von Angstgefühlen möglich ist und daß sich vor allem bei der Entlassung interessante Punkte ergeben.

Tabelle III

Kolonne C

St	M	I	E	R	N	P	H	D _A	D _E	N
1	25,0	14,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,7	3,3	0,0
2	0,0	43,0	16,7	28,6	50,0	50,0	0,0	26,5	20,0	15,0
3	50,0	43,0	66,7	14,3	16,5	50,0	0,0	32,1	36,7	5,0
4	50,0	29,2	66,7	43,0	33,3	50,0	25,0	42,8	30,0	0,0
5	0,0	14,6	16,7	43,0	33,3	0,0	0,0	15,1	23,2	0,0
6	50,0	29,2	33,3	57,0	63,3	0,0	0,0	33,1	20,0	5,0
7	0,0	29,2	59,0	43,0	50,0	50,0	0,0	31,9	33,2	15,0
8	50,0	57,0	33,3	28,6	63,3	25,0	25,0	40,0	33,2	5,0
9	50,0	43,0	66,6	57,0	83,0	50,0	25,0	56,3	60,0	80,0
10	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	75,0	0,0	12,7	3,3	0,0
11	0,0	14,6	0,0	43,0	33,3	50,0	0,0	20,0	26,7	0,0
12	25,0	0,0	33,3	14,3	0,0	0,0	0,0	10,4	10,0	5,0
13	0,0	0,0	16,7	14,3	33,3	25,0	0,0	12,7	13,3	5,0
14	25,0	43,0	33,3	57,0	33,3	25,0	0,0	30,8	26,7	15,0
G	23,2	25,6	31,1	32,6	35,1	32,2	5,4	26,2	24,2	10,1

Kolonne D

Die 15 Aussagen dieser Kolonne beschreiben die sehr häufigen, auch in normalen Probanden imponierenden, phobischen Ängste. Wie weit diese allerdings bei depressiven Patienten ausgeprägt sind, ist zu untersuchen.

Von den Kranken wurden bei Aufnahme 19,5 % aller Merkmale, von den Kontrollpersonen 8,3 % bejaht.

Pauschal gesehen ergibt sich eine Betonung der Zwangsängste beim depressiven Krankheitsbild.

St 3 (Angst vor Tieren) wird von einem Drittel sowohl der Patienten wie Normalpersonen bestätigt, und schneidet damit am höchsten in dieser Kolonne ab; zusammen mit St 15 (Gewitterfurcht), die allerdings auch unter psychiatrisch unauffälligen Personen weit verbreitet ist; hier aber ausschließlich von Patienten zugegeben wird, eine Tatsache, die möglicherweise die Validität der Kontrollgruppe in Frage stellt.

Die untereinander verwandten Merkmale 7 und 8 fallen durch spärliche Beantwortung auf; überraschend wenige Kranke geben "Unsicherheit auf der Straße" als Symptom an. Auf die allgemeine Problematik dieser und ähnlicher Aussagen wird noch einzugehen sein.

In der Beantwortungstendenz dieser Kolonne fallen die Patienten in zwei Untergruppen auseinander; die endogenen, paranoiden und Involutionsdepressionen auf der einen Seite mit unterdurchschnittlichen Werten, auf der anderen zeigen die reaktiven, neurotischen und hypochondrischen Depressiven höhere Quoten im Anerkennen zwanghafter Angsterlebnisse.

Ein befriedigendes Resultat, da den an ihrer Vergangenheit leidenden Patienten das neurosebeladene Angstphänomen als klassisches Element ihrer Grundsymptomatik "zusteht".

Tab. 16 Besserung

Patienten	Aufnahme 19,5 %	Entlassung 19,3 %
Normalpersonen	8,3 %	

Ebenso wie es keine Veränderungen im Gesamtbild gibt, haben sich auch die Werte innerhalb der Kolonne nicht verschoben. Liegt diese starke Abweichung von der Norm, vor allem bei der Entlassung, also bei zumindest klinisch gebesserterem Zustand, an einer grundsätzlich überdurchschnittlichen Ängstlichkeit von depressiven oder zu Depressionen neigenden Personen? Grinker allerdings ordnet diese schwere Symptomatik den Anfangs- und Endstadien einer depressiven Phase zu. (In der vorliegenden Untersuchung konnte diese Beobachtung nicht bestätigt werden, da die Patienten inmitten ihres stationären Aufenthaltes mit einem Wert von 17,6 % kein Schwinden der Symptome zeigten.)

Dies ist die erste Kolonne mit nicht depressivspezifischer Fragestellung, was sich an dem gemittelten Ergebnis auch manifestiert. Immerhin kann sowohl differentialdiagnostische Abklärung als auch bis zu einem gewissen Grade ätiologische Einordnung eines Falles mit diesen psychiatrischen Pauschalfragen versucht werden.

Konkordanz

Wie bereits häufig feststellbar, zeigen auch hier die am meisten bejahten statements die beste Übereinstimmung mit den in der Krankengeschichte aufgezeichneten Symptomen; in der Grobdiagnostik divergiert das Fragebogenergebnis kaum von dem einer traditionellen Anamnese.

Kontrollmerkmal St 4

Tab. 17

Patienten	Aufnahme 52,0 %	Entlassung 53,4 %
Normalpersonen	45,0 %	

Dies Ergebnis ist auffällig, nicht wegen des geringen Unterschiedes von Patienten und Kontrollpersonen, sondern vielmehr des niedrigen Wertes von 45 % wegen, zu dem die letzt Genannten eigene Angsterfahrung verifizieren. (Vergleiche St 15)

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß diese Kolonne ausreichend zwischen Patienten und Normalpersonen differenziert. Die Zuverlässigkeit, die Kontrollfrage betreffend, ist gering. Das Vorhandensein von Phobien ist feststellbar.

Tabelle IV

Kolonne D

St	M	I	E	R	N	P	H	D _A	D _E	N
1	0,0	28,6	16,7	57,1	50,0	25,0	0,0	25,1	26,7	5,0
2	0,0	0,0	16,7	28,6	16,7	25,0	25,0	15,9	20,0	5,0
3	0,0	57,1	0,0	28,6	66,7	25,0	50,0	31,8	40,0	30,0
4	50,0	43,0	66,6	57,0	83,0	50,0	25,0	52,0	53,4	45,0
5	0,0	0,0	50,1	14,3	16,7	25,0	0,0	18,0	20,0	10,0
6	0,0	0,0	0,0	28,6	16,7	0,0	25,0	10,0	6,7	5,0
7	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	25,0	5,6	3,3	0,0
8	0,0	0,0	0,0	28,6	0,0	0,0	25,0	7,6	0,0	0,0
9	0,0	28,6	33,4	28,6	0,0	0,0	75,0	23,5	20,0	0,0
10	0,0	0,0	0,0	14,3	16,7	0,0	50,8	11,7	16,7	0,0
11	0,0	28,6	16,7	14,3	0,0	50,0	0,0	17,1	16,7	15,0
12	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
13	0,0	0,0	0,0	28,6	50,0	0,0	25,0	14,7	13,3	0,0
14	0,0	28,6	16,7	28,6	66,7	25,0	25,0	27,1	26,7	10,0
15	0,0	14,3	33,3	28,6	50,0	25,0	75,0	31,8	33,2	0,0
G	4,6	15,2	16,7	26,3	28,9	16,7	28,2	19,5	19,3	8,3

Kolonne E

In dieser Kolonne werden in 12 Aussagen zwanghafte Verhaltensweisen beschrieben; über deren Anteil an der Gesamtsymptomatik bei depressiven Kranken gibt es weit auseinanderweichende Vorstellungen.

Die Patienten bejahten 22,8 % bei Aufnahme, die Normalpersonen 26,2 % aller Merkmale.

Das vom Fragebogen erbrachte Resultat überrascht in zweierlei Hinsicht: Zunächst zeigt sich für die Patienten eine deutlich über dem Durchschnitt der nicht depressivspezifischen Fragenkomplexe liegende Antwortungsfrequenz, d. h. anankastische Erscheinungen scheinen eine wesentliche Rolle bei depressiven Kranken zu spielen. Dann aber fällt auf, ein wie weit verbreitetes Leiden derartige, in dem Testbogen angesprochene Zwänge sind, und entsprechend der Grundvorstellung von seelischer Krankheit als ein quantitativ über den weiten Bereich sozial akzeptierten Verhaltens hinausgehendes Extrem, erübrigt sich die zuerst scheinbar notwendige Bewertung dieser Symptome.

Es stellt sich im Gegenteil die Frage, in wie weit solches Verhalten nicht sogar ein negatives differentialdiagnostisches Kriterium für depressive Erkrankungen sein könnte; ob also bei einer unter einem gewissen Mindestmaß liegenden Persönlichkeitsstruktur der Verdacht auf ein depressives Geschehen geäußert werden dürfe.

Bekannt man sich zu dem quantitativen Krankheitsbegriff, so akzeptiert man alle in den verschiedenen Gruppen des Fragebogens repräsentierten seelischen Phänomene auch als Elemente der Normalpersönlichkeit und eine Dyskrasie tritt dann nicht nur bei Überschuß, sondern auch bei Mangel an einzelnen dieser "Persönlichkeitsbausteinen" ein. Weil, wie in der Kontrollaussage St 10 angesprochen, eine begrenzte Zwanghaftigkeit zur "Lebenstüchtigkeit" gehört, muß die unterdurchschnittliche Ausprägung dieses Wesenszuges als soziales "Handicap" und damit als psychiatrisch interessant angesehen werden.

Aphorismatisch läßt sich Kolonne E dahingehend zusammenfassen, daß sich depressive Patienten nicht einmal mehr zur "Zwangshandlung" entschließen können, was besonders ins Auge fällt bei St 2, das von keinem Patienten bei der Aufnahme bejaht wird, wohl aber von 10 % der Kontrollpersonen.

Daß sich die Kranken ihren Angaben zufolge (St 1 = 40 %) in stetem Kampf mit sich selbst befinden, mag gegen oben geäußerte Auffassung sprechen; dieser scheinbare Widerspruch klärt sich, wenn man versteht, daß hier die Kräfte absorbiert und aufgesogen werden, nämlich in einer echten Agonie der Persönlich-

keit, wo maximal konzentrierte, kämpferische Aktivität und zur Stagnation führende ermattende Niederlage eng beieinander liegen. (Man denke an die perseverierende Neigung der Patienten zum "Studieren".)

Zur Differentialdiagnostik ist in diesem Zusammenhang zu bemerken, daß das im depressiven Zustandsbild in den Hintergrund tretende Aktivitätsprinzip gerade noch bei den neurotisch-depressiven Patienten zur Geltung kommt. So ist die Beantwortung in Kolonne E von diesen zu 36 % durchgeführt; St 4 sogar zu 83 % bejaht. Diese Kranken liegen also über der oberen, der Durchschnitt der übrigen Patienten unter der unteren Grenze dessen, was man als Normalbereich anankastischen Verhaltens einräumen muß.

Tab. 18 Besserung

Patienten	Aufnahme 22,8 %	Entlassung 19,7 %
Normalpersonen	26,2 %	

Hier zeigt sich eine vom Normalzustand divergierende Entwicklung. Demzufolge ist eine Besserung sicherlich nicht eingetreten. Allerdings ist zu überlegen, ob der klinische Aufenthalt nicht gegen Zwanghaftigkeit generell wirksam sei, im therapeutischen Gespräch, der Gruppenanalyse und vielem mehr; so daß sich ein Bilanzserfolg in dieser Richtung ergeben könnte. Dennoch liegen im gegebenen Falle die Zahlen zu dicht beieinander, um überhaupt Dynamik im anankastischen Verhalten der Patienten suchen zu können.

Konkordanz

Wie schon in den vorausgegangenen Kolonnen findet sich auch hier Übereinstimmung in denjenigen Merkmalen, in denen die Symptomatik für den Patienten recht eindrucksvoll ist und nicht eingehender persönlicher Exploration bedarf.

Kontrollmerkmal St 10

Tab. 19

Patienten	Aufnahme 82,0 %	Entlassung 76,7 %
Normalpersonen	90,0 %	

In erfreulicher Übereinstimmung mit den gemittelten Werten der gesamten Kolonne befindet sich dieses Ergebnis, besonders hinsichtlich des Therapieresultats. St 10 kann als Paradebeispiel für den Anankasmus des Normalen bezeichnet werden. Im übrigen sei gestattet, auf die Diskussion der Tab. 18 zurück zu verweisen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß Kolonne E zwischen Normalen und Patienten differenziert; wenn auch mit umgekehrtem Vorzeichen. Eine Abgrenzung der neurotisch-depressiven Patienten ist in den meisten Fällen möglich.

Tabelle V

Kolonne E

St	M	I	E	R	N	P	H	D _A	D _E	N
1	50,0	28,6	33,3	86,0	33,3	50,0	25,0	40,7	26,7	20,0
2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	10,0
3	25,0	0,0	16,7	0,0	16,7	0,0	25,0	11,8	10,0	15,0
4	0,0	0,0	33,3	28,6	83,5	0,0	25,0	24,2	26,7	10,0
5	0,0	0,0	16,7	0,0	16,7	0,0	25,0	8,1	13,3	30,0
6	0,0	28,6	16,7	0,0	0,0	25,0	0,0	10,0	3,3	0,0
7	0,0	28,6	33,3	14,3	66,7	25,0	25,0	26,0	16,7	55,0
8	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	25,0	5,9	6,7	30,0
9	0,0	43,2	33,3	43,2	50,0	25,0	25,0	31,3	26,7	35,0
10	75,0	100,0	66,6	100,0	83,0	100,0	50,0	82,0	76,7	90,0
11	0,0	28,6	50,0	28,6	50,0	0,0	25,0	26,0	10,0	10,0
12	0,0	0,0	50,0	0,0	16,7	0,0	0,0	8,1	16,7	20,0
G	12,5	13,9	29,1	16,6	36,1	18,6	20,9	22,8	19,7	26,2

Kolonne F

Die 18 Merkmale dieser Kolonne sollen Symptome von Depersonalisationserscheinungen und Derealisationsprozessen erfassen. Es scheinen sich alle Schulen darüber einig zu sein, daß derartige Symptome äußerst selten bei depressiven Patienten auftreten.

Bei Aufnahme bejahten die Kranken 17,1 %, die Normalpersonen 5,9 % aller statements.

Die Kontrollgruppe zeigt diese Symptomatik in zahlenmäßig zu vernachlässigender Größenordnung. (Kontrollmerkmal und St 12 ausgenommen) Die Patienten dagegen bilden keinen einheitlichen Komplex; St 14 z. B. bejahen sie zu 28 %, was sich gut mit den diesbezüglichen Klagen vereinbaren läßt. Bemerkenswert ist auch das

Differentialbild: Nicht etwa die paranoid-depressiven Patienten beantworten in der Hauptsache, sondern vielmehr die hypochondrisch- und endogen-depressiv Erkrankten.

Tab. 20 Besserung

Patienten	Aufnahme 17,1 %	Entlassung 8,4 %
Normalpersonen		5,9 %

Mit Abklingen der depressiven Erscheinungen findet der Patient wieder den Kontakt und die treffendere Einschätzung und Betrachtung seiner selbst und seiner Umwelt. Einzig St 12 bleibt seine hohe Quote, doch erlangt dies angesichts der Beantwortung durch die Gesunden keine psychopathologische Bedeutung.

In diesem Zusammenhang ist auf eine Schwierigkeit hinzuweisen, die in ganz besonderem Maße auf diese Kolonne, in geringerem auch auf viele andere zutrifft:

Immer wieder kreuzen Patienten Merkmale an, - sei es aus Unverstand oder weil "es so interessant klingt", wie eine Patientin einmal wörtlich sagte, - die in keinerlei Beziehung zu ihrem Krankheitsgeschehen stehen, und die sie selbst häufig auch gar nicht verstehen.

Es empfiehlt sich daher, auf derartige Merkmale im anschließenden Gespräch genau einzugehen.

Konkordanz

So relativ unauffällig, zahlenmäßig, die Beantwortung der Fragen hier auch ist, so deutlich ergibt sich eine Übereinstimmung mit dem ärztlichen Explorationsergebnis. Dies scheint darauf hinzuweisen, daß es sich in diesen wenigen Fällen um diskrete Spezialsymptomatik handelt, die in dem Testbogen mit erfreulicher Genauigkeit zur Darstellung kommt.

Kontrollmerkmal St 10

Tab. 21

Patienten	Aufnahme 56,2 %	Entlassung 16,7 %
Normalpersonen		50,0 %

Die mediative Introversion(Studieren) macht günstigstenfalls im Zuge der Therapie einer etwas spontaneren, wenn auch zuweilen oberflächlicheren Grundhaltung Platz, wo weniger gegrübelt und sich gekümmert wird. So entsteht möglicherweise der niedrige Wert von St 10.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß auf die Kontrollaussage dieser nicht depressiv-spezifischen Kolonne wenig Verlaß ist; daß die angesprochene Symptomatik, wenn vorhanden, zur Darstellung gelangt.

Tabelle VI

Kolonne F

St	M	I	E	R	N	P	H	D _A	D _E	N
1	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	50,0	14,2	3,3	0,0
2	0,0	0,0	33,3	14,3	0,0	25,0	25,0	13,9	0,0	0,0
3	0,0	14,3	33,3	14,3	0,0	0,0	50,0	17,4	13,3	5,0
4	0,0	14,3	33,3	14,3	0,0	0,0	50,0	17,4	13,3	0,0
5	0,0	14,3	16,7	0,0	0,0	25,0	50,0	16,6	10,0	0,0
6	0,0	0,0	16,7	14,3	0,0	0,0	25,0	9,4	3,3	0,0
7	0,0	0,0	16,7	14,3	0,0	0,0	0,0	5,8	0,0	0,0
8	0,0	14,3	16,7	0,0	0,0	25,0	0,0	9,4	0,0	0,0
9	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	25,0	5,6	0,0	0,0
10	25,0	71,0	50,0	57,0	67,0	50,0	75,0	56,2	16,7	50,0
11	0,0	0,0	33,3	43,2	0,0	25,0	25,0	18,0	16,7	0,0
12	25,0	43,2	33,3	14,3	16,7	25,0	25,0	27,4	26,7	40,0
13	0,0	0,0	0,0	28,6	0,0	25,0	50,0	14,7	6,7	5,0
14	0,0	14,3	16,7	43,2	16,7	75,0	25,0	28,7	13,3	0,0
15	0,0	0,0	16,7	28,6	16,7	0,0	50,0	15,8	6,7	0,0
16	0,0	0,0	33,3	14,3	0,0	25,0	25,0	13,9	6,7	0,0
17	0,0	0,0	66,7	0,0	0,0	25,0	25,0	15,1	6,7	0,0
18	0,0	0,0	16,7	14,3	0,0	0,0	25,0	9,4	10,0	0,0
G	4,1	10,3	24,1	18,3	6,5	19,5	30,6	17,1	8,4	5,9

Kolonne G

Die 18 Merkmale behandeln vorwiegend Halluzinosen und Beeinträchtigungsgefühle und -erlebnisse. Selten jedoch zeigen Depressive solche Symptome.

Die Patienten bejahten 7,1 %, die Normalpersonen 3,9 % aller Aussagen.

Die absolute Differenz ist zu gering, um an das Vorhandensein diesbezüglicher

Prozesse denken zu lassen. Allerdings wird von den Vergleichspersonen durchgehend nur das Kontrollmerkmal verifiziert, wohingegen nur zwei statements von keinem Patienten beantwortet werden. Den höchsten Wert erreicht St 16 mit fast 20 %. Dies allerdings kann darin eine einfache Erklärung finden, daß die bis dahin (außerhalb der Klinik) verabreichten Medikamente der Grund für derartige Mißempfindungen sind.

Als Extreme unter den Kranken ergeben sich hier die paranoid-depressiven auf der einen Seite mit der Maximalbeteiligung von 19 %, ein verstehbares Resultat, und auf der anderen die hypochondrisch-depressiven mit keinerlei Reaktion auf welche Frage auch immer.

Tab. 22 Besserung

Patienten	Aufnahme 7,1 %	Entlassung 5,6 %
Normalpersonen	3,9 %	

Eine Annäherung an den Normalzustand ist feststellbar. Diese Beobachtung, so sehr sie auf der Hand zu liegen scheint, könnte nachdenklich stimmen dann, wenn man die halluzinative Symptomatik nicht von vornherein mit depressiv gestimmten Patienten korreliert. Trotzdem liegen die absoluten Werte natürlich zu gering, als daß sie auch nur berechtigte Zweifel an dieser oder jener Interpretation erlauben.

Konkordanz

Zum ersten Mal findet sich keines der Testbogenmerkmale in den Explorationsprotokollen.

Auf nachträgliches Befragen stellt sich nun häufig heraus, daß die angeblich gemachten Wahrnehmungen nur auf gesteigerter Sinnesempfindlichkeit beruhten, und die Patienten hielten für Halluzinosen, was banale Eindrücke der realen Umwelt waren.

Kontrollmerkmal St 14

Tab. 23

Patienten	Aufnahme 20,7 %	Entlassung 33,2 %
Normalpersonen	70,0 %	

Offensichtlich hat sich die A-pathie der Patienten gebessert; sie scheinen wieder in gesteigertem Maß unangenehme spezifische Empfindungen zu haben.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß es bei dieser Kolonne nicht möglich ist, bei einem aus Depressiven bestehenden Krankengut nähere Aussagen zu machen.

Tabelle VII

Kolonne G

St	M	I	E	R	N	P	H	D _A	D _E	N
1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	3,5	0,0	0,0
2	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	25,0	0,0	5,9	3,3	0,0
3	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	25,0	0,0	8,2	0,0	0,0
4	0,0	14,3	33,3	0,0	0,0	25,0	0,0	10,2	3,3	0,0
5	0,0	0,0	16,7	14,3	0,0	25,0	0,0	9,4	3,3	0,0
6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	3,5	3,3	0,0
7	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	25,0	0,0	5,9	3,3	0,0
8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0
9	0,0	14,3	50,0	0,0	0,0	25,0	0,0	12,7	10,0	0,0
10	25,0	0,0	16,7	0,0	16,7	25,0	0,0	10,9	3,3	0,0
11	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	3,5	3,3	0,0
12	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	25,0	0,0	5,9	10,0	0,0
13	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0
14	25,0	28,6	33,3	28,6	33,5	0,0	0,0	20,7	33,2	70,0
15	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	2,4	3,3	0,0
16	25,0	14,3	16,7	0,0	16,7	50,0	0,0	18,9	6,7	0,0
17	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	6,7	0,0
18	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	3,5	3,3	0,0
G	4,1	4,8	12,0	2,4	6,5	19,5	0,0	7,1	5,6	3,9

Kolonne H

In 20 statements werden hier relativ depressionsfremde Symptome beschrieben, nämlich Verfolgungs-, Beeinträchtigungs-, und Beziehungsideen.

12,5 % wurde von den Patienten, 6,3 % von den Normalpersonen verifiziert.

Wie schon in den letzten betrachteten Kolonnen ist auch hier das Ergebnis recht dürftig. Immerhin scheint sich herauszustellen (abgesehen von den Anankasmen).

daß die Krankheitssituation, in diesem Falle die depressive Verhaltensstörung, über die eigene Symptomatik hinaus generell eine gesteigerte Morbidität im psychopathologischen Sinne mit sich bringt.

Entsprechend der modernen Anschauung von der Psychogenese ist gleich Soziogenese psychotischer Erkrankungen ist dafür die Grundlage im gestörten Erleben der Umwelt und der veränderten Kommunikation mit ihr leicht zu finden. Dieser Circulus vitiosus wäre nur durch die Beherrschung der Grundkrankheit zu durchbrechen.

Wie zu erwarten findet St 8 großen Anklang bei Patienten und Kontrollpersonen. Auffallend ist außerdem, daß Kolonne H in Bezug auf ihre Thematik recht treffsicher zu sein scheint; diejenigen Depressiven mit paranoider Komponente schneiden am höchsten ab. (31 %)

Tab. 24 Besserung

Patienten	Aufnahme 12,5 %	Entlassung 7,3 %
Normalpersonen		6,3 %

Mit Besserung der depressiven Gemütslage in der Kliniksozietät ist offensichtlich auch die vorher angesprochene anderweitige psychische Labilität einer stabileren Situation gewichen. Abzuwarten bleibt natürlich, ob der Patient den Herausforderungen der vervielfachten Umwelt jenseits der Klinikmauern gegenüber sein Gleichgewicht zu wahren imstande sein wird.

Konkordanz

Für die Merkmale 7 und 8 bestätigt sich im Testbogen mit weitgehender Exaktheit, was die mündliche Exploration laut Krankengeschichte auch ergeben hatte.

Kontrollmerkmal St 11

Tab. 25

Patienten	Aufnahme 35,0 %	Entlassung 26,7 %
Normalpersonen		65,0 %

Von 65 % der Vergleichspersonen beantwortet, liegt St 11 im Durchschnitt aller Kontrollfragen. Bei den Patienten zeigt sich wieder, was mit einem pan-antipsychotischen Therapieeffekt des stationären Aufenthaltes oben zu begründen versucht wurde.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß eine gesteigerte Morbidität, über eigent-
lich-depressive Symptomatik hinaus, bei den Patienten feststellbar ist.

Tabelle VIII

Kolonne H

St	M	I	E	R	N	P	H	D _A	D _E	N
1	0,0	0,0	16,7	14,3	0,0	50,0	25,0	16,4	10,0	0,0
2	0,0	0,0	16,7	0,0	16,7	25,0	0,0	8,2	6,7	0,0
3	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	50,0	0,0	9,4	3,3	0,0
4	0,0	0,0	16,7	28,6	16,7	0,0	0,0	7,7	10,0	0,0
5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6	0,0	14,3	16,7	14,3	0,0	25,0	0,0	11,2	6,7	5,0
7	0,0	14,3	33,3	0,0	16,7	50,0	50,0	14,8	10,0	5,0
8	0,0	43,2	66,7	28,6	33,3	50,0	50,0	38,8	26,7	30,0
9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	50,0	10,7	3,3	0,0
10	0,0	0,0	0,0	14,3	16,7	50,0	0,0	11,2	3,3	0,0
11	25,0	28,6	33,3	43,0	16,5	50,0	0,0	15,0	26,7	65,0
12	0,0	14,3	0,0	0,0	16,7	25,0	0,0	11,2	3,3	0,0
13	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	3,5	0,0	0,0
14	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	50,0	0,0	9,2	6,7	0,0
15	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	25,0	25,0	9,2	0,0	0,0
16	0,0	14,3	0,0	14,3	33,3	0,0	75,0	19,4	10,0	5,0
17	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0
18	0,0	14,3	16,7	14,3	0,0	75,0	0,0	14,5	10,0	10,0
19	0,0	14,3	0,0	0,0	16,7	25,0	25,0	11,2	6,7	5,0
20	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	25,0	0,0	5,9	3,3	0,0
G	1,7	7,7	13,8	9,4	10,0	31,1	15,1	12,5	7,3	6,3

Kolonne I

Die 19 Aussagen dieser Kolonne handeln von Manien und Größenwahnideen, also
Depressiven möglicherweise absurd erscheinenden Feststellungen.

Von den gesamten Merkmalen wurden 5,3 % von den Patienten, 7,3 % von den
Normalpersonen verifiziert.

Forts. Tab. IX

St	M	I	E	R	N	P	H	D _A	D _E	N
3	0,0	42,9	0,0	0,0	16,7	0,0	25,0	11,9	6,7	25,0
4	0,0	14,3	16,7	14,3	0,0	0,0	0,0	6,4	3,3	5,0
5	0,0	0,0	0,0	14,3	33,3	0,0	50,0	13,0	6,7	40,0
6	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	3,3	0,0
7	0,0	14,3	0,0	0,0	16,7	25,0	0,0	7,9	3,3	15,0
8	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	2,4	3,3	0,0
9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0
11	0,0	0,0	33,3	14,3	0,0	0,0	0,0	6,8	6,7	0,0
12	0,0	14,3	16,7	14,0	16,5	0,0	25,0	12,2	10,0	25,0
13	0,0	0,0	16,7	0,0	16,7	0,0	0,0	4,8	6,7	10,0
14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	3,5	0,0	0,0
15	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
16	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0
17	0,0	14,3	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7	3,0	5,0
18	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	25,0	5,9	3,3	5,0
19	0,0	14,3	16,7	14,3	33,3	0,0	25,0	14,7	20,0	10,0
G	0,0	6,8	8,8	4,5	12,3	2,6	9,5	6,3	2,7	7,3

Kolonne K

Die 17 statements dieser letzten Gruppe beschreiben "diverse Persönlichkeitsstörungen".

5,8 % aller Merkmale wurden von den Patienten, 7,9 % von den Normalpersonen bejaht.

So vage wie die Thematik dieser Kolonne, so spärlich ist das Antwortergebnis. Ermüdungserscheinungen sind wahrscheinlich auch hier verantwortlich zu machen.

174 Aussagen sind mit Sicherheit eine zu große Augenblicksbelastung für einen verstörten Patienten; auf der anderen Seite beschreiben die Aussagen hier meist Aktivität und Tatendrang in irgendeiner Richtung, was für die Kranken weder aktuell noch nachvollziehbar ist.

Tab. 28 Besserung

Patienten	Aufnahme 5,8 %	Entlassung 12,7 %
Normalpersonen	7,9 %	

Dem zuletzt Gesagten gesellt sich in erwarteter Konsequenz der Besserungsbefund bei Entlassung hinzu. Bewiesen wird diese Theorie durch die kleinen Zahlen allerdings nicht; höchstens bestätigt.

Konkordanz

Die St 16 und 17 zeigen große Übereinstimmung mit den in den Krankengeschichten erwähnten Symptomen; da sie die einzigen mit einiger Depressionsspezifität sind, ist dies keine Überraschung.

Kontrollmerkmal St 14

Tab. 29

Patienten	Aufnahme 16,2 %	Entlassung 20,0 %
Normalpersonen	75,0 %	

Im Gegensatz zu den Patienten, die allerdings bei Entlassung ein wenig wacher zu werden scheinen, bleiben die Gesunden sichtlich bis zum letzten Moment aufmerksam.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß auch diese Kolonne, wie zu erwarten, wenn überhaupt nur indirekt zu einer Depressionsdiagnostik beiträgt.

Tabelle X

Kolonne K

[illegible]

Forts. Tab. X

St	M	I	E	R	N	P	H	D _A	D _E	N
7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	2,4	3,3	10,0
11	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	10,0
12	25,0	14,3	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	7,6	3,3	10,0
13	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0
14	50,0	0,0	16,7	14,0	33,3	0,0	0,0	16,2	20,0	75,0
15	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	10,0
16	0,0	14,3	50,0	28,6	16,7	0,0	0,0	15,5	23,2	5,0
17	25,0	14,3	33,3	14,3	33,3	25,0	25,0	24,1	16,7	5,0
G	7,4	5,1	10,7	4,2	7,9	2,9	2,9	5,8	12,7	7,9

VI AUSSAGEZUVERLÄSSIGKEIT

Die Zuverlässigkeitsgrenzen unter Berücksichtigung der Dissimulationsneigung und Fähigkeit des Patienten zu einer analysierenden Selbstwahrnehmung werden durch eine Validitätsskala erfaßt, die die bereits betrachteten statements beinhaltet, welche von gesunden Vergleichspersonen in der Regel verifiziert werden.

Nachfolgende Tabelle zeigt nocheinmal im Zusammenhang die prozentuale Beteiligung bei Aufnahme und Entlassung im Vergleich zu der Gesamtbeantwortung und den gesunden Kontrollpersonen.

Das Kontrollmerkmal als Zuverlässigkeitskriterium wird fragwürdig bei einer Beantwortungsfrequenz von 44 % seitens der Patienten; aber auch bei den Vergleichspersonen erweist es sich entgegen der Vorstellung des Verfassers als zweifelhaft.

Auf die Tatsache, daß unter anderem auch besonders die "Fangfrage" nicht immer eine Entwicklung zum Besseren, d. h. definitionsgemäß zur Normalperson hin, zeigt, sondern vielmehr oft bei Entlassung an Beantwortungshäufigkeit abgenom-

men hat, wurde bereits eingegangen. Dies wurde mit der "Depsychotisierung" der Patienten während ihres stationären Aufenthalts zu erklären versucht; dabei ist die Abwesenheit der sozialen Provokation der Umwelt sicher von Wichtigkeit. Banaler ist die zweifellos in vielen Fällen zutreffende Begründung mit genereller Lustlosigkeit und wachsendem Desinteresse bei Beantwortung des Fragebogens, ganz besonders stark zum Zeitpunkt der Entlassung. Die gut gebesserten Patienten sehen keinen Sinn mehr in einem "diagnostischen Hilfsmittel", die nicht oder ungenügend Gebesserten verzweifeln ohnehin.

So bleibt dem einst hervorragenden Kontrollmerkmal nur noch die Bedeutung einer von vielen Aussagen einer Kolonne. Aber auch diese erscheint in zweifelhaftem Licht, betrachtet man die umständliche und oft unklare Formulierung gerade dieser statements. Vor allem scheinen der grammatikalisch zwar korrekte, aber unschöne Ausdruck sowie ein im ersten Moment nicht klarer Gegensatz zwischen Bejahung und Verneinung eines Gefühls, Erlebnisses oder Eindrucks ein wenig problematisch. Einfachheit und prompte Verständlichkeit sind sicher da geboten, wo es darum geht, verhaltensgestörte Menschen zu einer glaubwürdigen Aussage über ihre innere Situation zu veranlassen.

Die Ergebnisse aller Kontrollmerkmale der verschiedenen Depressionstypen, die in dem Probandengut gegeben waren, lassen keine klaren Schlüsse zu; immerhin aber ergibt sich, daß die reaktiv-depressiven Patienten an der Spitze liegen, während die hypochondrisch-depressiven am wenigsten verlässlich erscheinen.

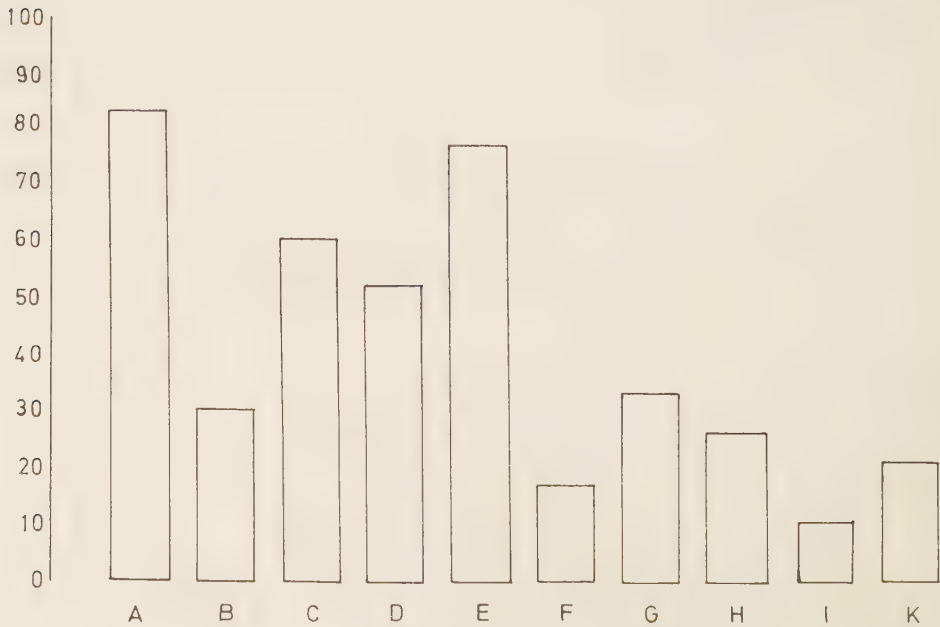
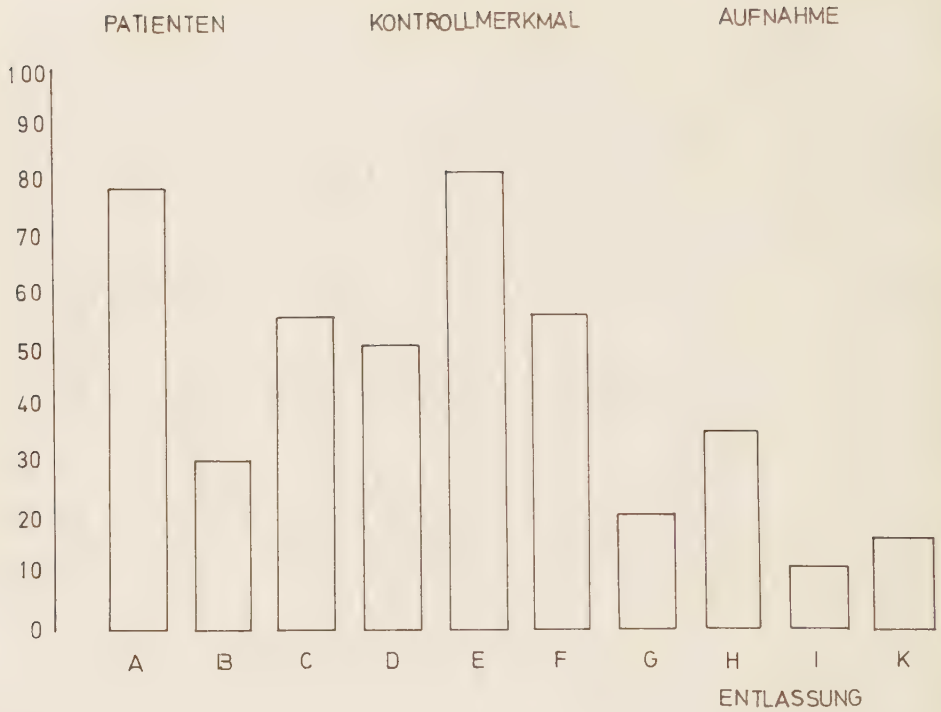
Aus dem Gesagten wird deutlich, daß die Kontrollmerkmale nicht erwartungsge-
mäß abschneiden und auch nicht einmal befriedigende Ergebnisse zeigen. Der Grund dafür ist aber nicht nur in den Fragen selber zu suchen, sondern auch in Aufbau, Anordnung und Ausmaß des gesamten Fragebogens.

Tab. 30

	Aufnahme		Entlassung		Normalpersonen	
	K	G	K	G	K	G
A ₅	79,0	33,5	83,5	25,5	65,0	7,5 %
B ₁₇	30,4	24,6	30,0	8,2	75,0	8,9 %
C ₉	56,3	26,2	60,0	24,2	80,0	10,1 %
D ₄	52,0	19,5	53,4	19,3	45,0	8,3 %
E ₁₀	82,0	22,8	76,7	19,7	90,0	26,2 %
F ₁₀	56,2	17,1	16,7	8,4	50,0	5,9 %
G ₁₄	20,7	7,1	33,2	5,6	70,0	3,9 %
H ₁₁	35,0	12,5	26,7	7,3	65,0	6,3 %
I ₁₂	12,2	6,3	10,0	2,7	25,0	7,3 %
K ₁₄	16,2	5,8	20,0	12,7	75,0	7,9 %
	44,0	17,5	41,0	13,3	64,0	9,2 %

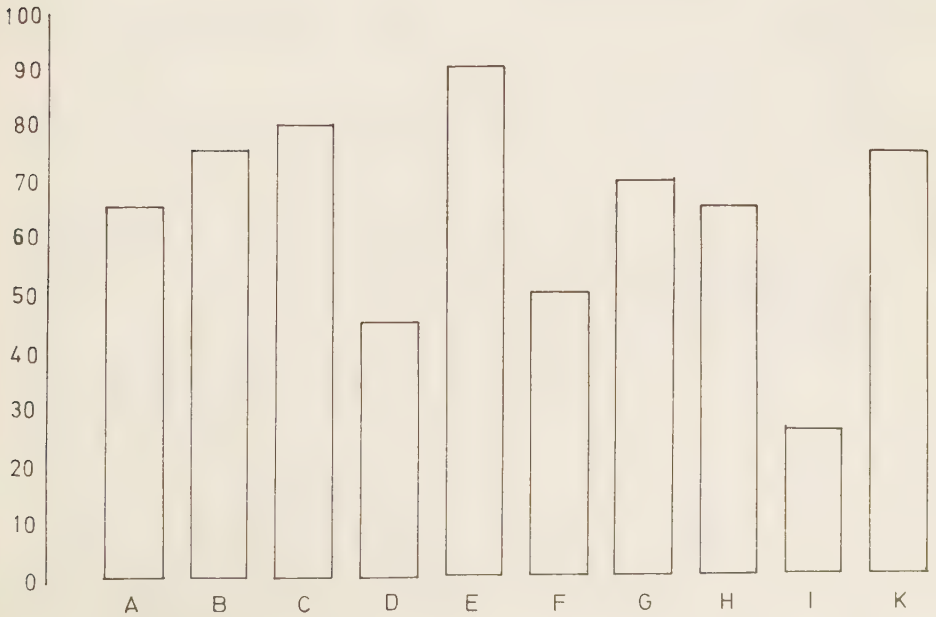
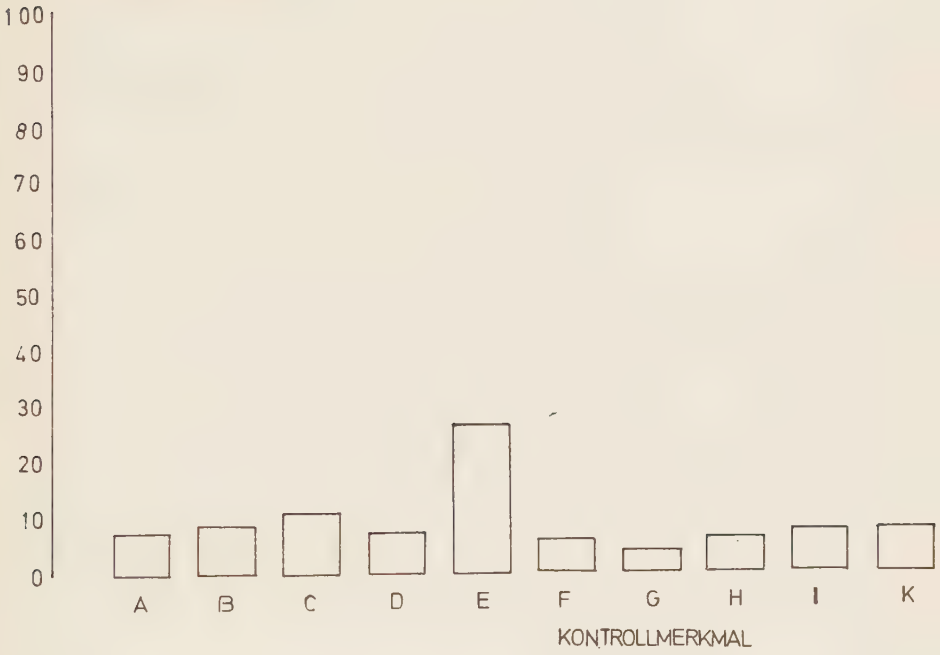
K = Kontrollmerkmal

G = Gesamtbeantwortung



NORMALPERSONEN

DURCHSCHNITT



VII ABSCHLIESSENDE BETRACHTUNG

In der Bundesrepublik rechnet man mit etwa fünfhundert- bis siebenhunderttausend Menschen, die an einer Psychose des depressiven Formenkreises leiden und einer Behandlung bedürfen.

Schon aus technischen Gründen wird die Betreuung dieser Patienten nicht nur den Psychiatern überlassen bleiben; hinzu kommt, daß die Kranken in vielen Fällen somatische Beschwerden erleben, deretwegen sie einen praktischen Arzt oder Internisten aufsuchen. Wieck weist darauf hin, daß von allen Patienten mit Gemütskrankheiten gerade der Depressive die leiblichen Mißempfindungen oft in einer Form vorträgt, mit der er das besondere Interesse des Arztes zu wecken glaubt. Er bietet einen "arztgerechten" Beschwerdekomples an, der häufig eine Suche nach entsprechender Organpathologie veranlaßt, die nicht zum Ziele führt. Die Möglichkeit, daß Herzsensationen, Schlafstörungen und unbestimmbare Schmerzzustände Ausdruck einer Psychose sind, wird äußerst selten in Erwägung gezogen. Die therapeutische Odyssee, die nicht wenige Patienten auf diese Weise durchmachen, wird immer wieder beschrieben und bedauert. Sie beweist die Notwendigkeit bei begründetem Zweifel an der angenommenen Ursache doch auch an eine larvierte Depression zu denken.

Es wurde nun immer wieder versucht, Hilfsmittel zu finden, die die Entdeckung derartiger zugrundeliegender seelischer Erkrankungen erleichtern. Der vorliegende Fragebogen ist ein solches.

Es ist hier nicht der Ort, um über die Problematik von Fragebögen im allgemeinen zu diskutieren.

Es seien aber einige Überlegungen beim Umgang mit Kranken gestattet.

Man sollte nicht vergessen, daß es immer zu einem Funktionsverlust bei Krankheit kommt; ob es sich nun um eine organische oder seelische Ursache handelt, macht keinen Unterschied. In einer Situation reduzierten Verhaltens sieht sich der Patient von der Aufgabe, einen Fragebogen wie den vorliegenden zu beantworten, verständlicherweise schnell überfordert und wird, wenn er überhaupt kooperativ ist, in vielen Punkten gerne die vorformulierte Erklärung geben, ohne sich Rechenschaft über differenzierte Eigenerlebnisse zu geben oder auch nur geben zu können. Auf der anderen Seite wird dem Alternativcharakter der Aussagen entsprechend vieles an Symptomatik verborgen bleiben, was dem Patienten in einem bestimmten Zusammenhang nicht nennenswert erscheint; siehe Appetitmangel - Suicidtendenz in Kolonne A. Der Erlebnisdruck ist aber in vielen Fällen so

stark, daß die Kranken selbst Schwerpunkte setzen oder noch ungefragt Einzelauskünfte spezifischer Art in Randnotizen hinzufügen.

Um nun aber einen demonstrativen Hinweis auf Art und Schwere der Erkrankung zu erhalten, bedarf es notgedrungen einer relativ großen Anzahl von Aussagen, da andernfalls, aufgrund der angeführten Problematik der Stellungnahme durch den Patienten selbst, keine genügende Verwertbarkeit der Aussagen sich ergeben könnte.

Mit all den dargestellten Unzulänglichkeiten, die in der Natur des Objekts liegen, stellt sich in der vorliegenden Untersuchung immerhin eine Möglichkeit heraus, die Ergebnisse als hohärent im Sinne der augenblicklichen klinischen Phase zu bezeichnen und auf dieser Grundlage, die eben auch im außerklinischen Bereich erarbeitet werden kann, weitergehende und zum Ziele führende diagnostische Schritte zu unternehmen, wobei Umwege, für ärztliches Personal, aber ganz besonders für den Patienten nachteilig, vielleicht vermieden werden können.

VIII ZUSAMMENFASSUNG

Das "Standardisierte Fragebogeninterview" der Firma "Hoffmann-La Roche", ein Testbogen für verschiedene psychiatrische Erscheinungsbilder, wird auf seine Aussagemöglichkeiten bei depressiven Patienten untersucht.

1. Methode

38 Patienten, bereits untersucht und an einem "Depressiven Syndrom" leidend, beantworteten nach ihrer Aufnahme in die Universitätsnervenklinik München einen Testbogen; mit 30 von ihnen wurden in Abständen von 3 bis 4 Wochen bis zu ihrer Entlassung Verlaufskontrollen angelegt.

Zur Feststellung des Normalniveaus beantworteten 20 nicht depressive Normalpersonen je einen Testbogen.

2. Allgemeine Beobachtungen

Es werden Alters- und Geschlechtsverteilung, sozialer Status, Selbständigkeit, Behandlungsdauer und die zum Beantworten benötigte Zeit, welche zwischen 10 und 45 Minuten lag, untersucht.

Depressives Syndrom als übergeordnete Diagnose erwies sich als zu allgemein und wurde mit Hilfe der Krankengeschichten in sieben Gruppen unterteilt.

3. Ergebnisse

Der Testbogen besteht aus 174 Merkmalen, die in 10 Gruppen unterteilt, zehn Symptomenkomplexe erfassen sollen. Der Patient muß bei jedem Merkmal beurteilen, ob es für ihn zutrifft oder nicht.

An Hand der prozentualen Durchschnittswerte ist eine Differenzierung zwischen Normalpersonen und Patienten möglich. Ganz besonders die Beantwortung der depressiv-spezifischen Gruppen erlaubt eine Abgrenzung gegenüber dem Normalbefund, ebenso wie eine erste Beurteilung des Schweregrades.

Bei Entlassung der Patienten unterscheiden sich die Ergebnisse meist noch stark von dem Normalniveau; die Besserung laut Bogen ist häufig nicht so eindrucksvoll wie der klinische Befund es erwarten ließe.

Bei Betrachtung der einzelnen Gruppen ergibt sich, daß erwartungsgemäß die depressiv-spezifischen die größte Aussagemöglichkeit besitzen. Jedoch kann man durch die restlichen Kolonnen in beschränktem Umfang brauchbare Hinweise auf nicht depressiv-spezifische Symptomatik erhalten.

Die hohe Beantwortungsfrequenz verschiedener Merkmale durch die Normalpersonen kann in einigen Fällen als negatives diagnostisches Kriterium verwertet werden.

4. Aussagezuverlässigkeit

Es wird die Aussagezuverlässigkeit mit Hilfe der in jede Gruppe eingestreuten Merkmale, "die in der Regel von gesunden Vergleichspersonen verifiziert werden", untersucht. Dabei ergibt sich für diese Aussagen eine ungenügende Reliabilität, sowohl für die Patienten, als auch, in nicht ganz so großem Maße, für die Normalpersonen.

Dies liegt möglicherweise nicht nur an den Merkmalen selbst, sondern auch an Aufbau und Gesamtkonzeption des Testbogens.

5. Zusammenfassung

Es wird auf die Wichtigkeit der Suche nach neuen diagnostischen Methoden und Hilfsmitteln hingewiesen.

In der vorliegenden Untersuchung wird ein solches Hilfsmittel, nämlich ein Testbogen, untersucht. Dieser Bogen, der auch im außerklinischen Bereich angewendet werden kann, ermöglicht in vielen Fällen gezielte weitergehende diagnostische Schritte zu unternehmen und hilft vielleicht Umwege und Fehldiagnosen ver-

IX LITERATUR

- Ash, G. Reliability of Psychiatric Diagnoses
J. abnorm. soc. Psychol. 44, 272 (1949)
- Beck, A. An Inventory for Measuring Depression
Arch. Gen. Psychiatr. 12, 53 (1965)
- Doering, H. Reliability of Observations of Psychiatric Characterists
American J. Orthopsych. 34, 4 249
- Gilbert, J. Rater Reliability of a Depression Rating Scale
J. of Psycholog. 68, 173 (1968)
- Grinker, R. The Phenomena of Depression
Paul B. Hoeber, INC. New York, 1961
- Hamilton, M. A Rating Scale for Depression
J. Neurolog. Neurosurg. Psychiatr. 23, 56 (1960)
- Jenkins, R. A Symptom Rating Scale for Use with Psychiatric Patients
Arch. Gen. Psychiatr. 1, 197 (1959)
- Kendell, R. Classification of Depressive Illness
Oxford, University Press, London 1968
- Kielholz, Paul Diagnose und Therapie der Depression
Lehmann, München 1966
- Schulte, W. Zum Problem der Involutiondepression
Therapiewoche 16, 1335 (1971)
- Zung, W. Factors Influencing the Self-Rating Depression Scale
Arch. Gen. Psychiatr. 16, 543 (1967)

Herrn Professor Dr. Johann KUGLER bin ich für die freundliche Überlassung dieses Themas und seine hilfsbereite Unterstützung bei den zahlreichen Schwierigkeiten und Problemen sehr dankbar.

X LEBENSLAUF

10. 8. 1946	wurde ich als erstes Kind von dreien des Arztes Dr. med. R. J. Walther und seiner Ehefrau Ingeborg in München geboren. ✓
September 1952	Eintritt in die Volksschule an der Simmernstraße in München
September 1956	Aufnahme in das städtische, neusprachliche Sophie-Scholl-Gymnasium
Juni 1966	Abitur an selbigem Gymnasium
November 1966	Beginn des Medizinstudiums an der Ludwig-Maximilians-Universität in München
April 1969	Ablegung des Physikums
Sommer 1971	Auslandsfamulatur in Jacksonville, Florida

